

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO

BRUNO JARDINI MÄDER

MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO
LITORAL DO PARANÁ

CURITIBA

2015

BRUNO JARDINI MÄDER

**MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO
LITORAL DO PARANÁ**

Dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, da Universidade Federal do Paraná como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda

CURITIBA

2015

Catalogação na Publicação
Cristiane Rodrigues da Silva – CRB 9/1746
Biblioteca de Ciências Humanas – UFPR

M181m Mäder, Bruno Jardini
Mapeamento da Rede de Atenção à Saúde Mental
do Litoral do Paraná. / Bruno Jardini Mäder. – Curitiba,
2015.
125 f.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de
Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná.

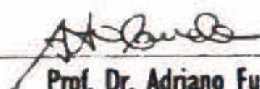
1. Saúde Mental. 2. Desenvolvimento Psicossocial.
I. Título.

CDD 150.195

BRUNO JARDINI MÄDER

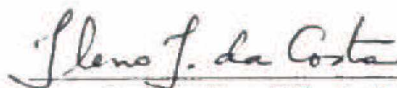
"MAPEAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO LITORAL DO PARANÁ".

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do
Título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado
em Psicologia, do Setor de Ciências Humanas da UFPR — Universidade
Federal do Paraná, e APROVADO (aprovada/reprovada) pela Banca Avaliadora
abaixo assinada.



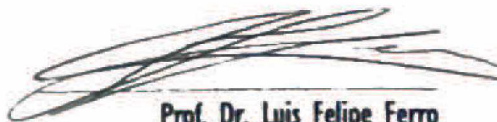
Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda

Universidade Federal do Paraná
Professor orientador



Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Universidade de Brasília
Professor titular



Prof. Dr. Luis Felipe Ferro

Universidade Federal do Paraná
Professor titular

Curitiba, 20/NOV de 2015

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

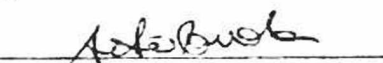
(Às horas do dia do ano de dois mil e quinze), na sala 208 do prédio Histórico desta Universidade, compareceu para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA, o mestrando BRUNO JARDINI MÄDER, tendo como Título da Dissertação "MAPEAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO LITORAL DO PARANÁ". Constituíram a Banca Examinadora o Professor Doutor Adriano Furtado Holanda, orientador, Professor Doutor Ileno Izídio da Costa, da Universidade de Brasília UnB e o Professor Doutor, Luis Felipe Ferro, da Universidade Federal do Paraná UFPR, como titulares. Após a exposição do mestrando, os membros da Banca Avaliadora fizeram suas considerações e declararam o aluno:

☒ Aprovado sem restrições.

☐ Aprovado mas na condição de tomar as seguintes providências:

☐ Reprovado.

Eu Adriano Furtado Holanda, orientador, lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelos demais membros da Banca Examinadora


Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda
Universidade Federal do Paraná
Professor Orientador


Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Universidade de Brasília
Professor titular


Prof. Dr. Luis Felipe Ferro
Universidade Federal do Paraná
Professor titular

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Paraná, especialmente o Departamento de Psicologia, em me receber novamente. Acompanho os desafios e deposito torcida para o que o Programa de Mestrado se desenvolva e cresça. Coloco-me sempre a disposição nesta caminhada, caso possa de alguma forma contribuir. Como foi bom voltar a este prédio! E também, particularmente, trabalhar com os estudantes da graduação no estágio de docência.

Aos professores da banca, Marcelo Kimati Dias, que acompanhamos o esforço dedicado na construção da política de Saúde Mental de Curitiba; Ileno Izídio da Costa pela atenção cuidadosa disposta na qualificação; Luis Felipe Ferro, companheiro de outrora, nos encontramos em outro lugar e espero que a parceria se fortaleça.

A CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa durante o ano de 2014.

Ao meu orientador, prof. Dr. Adriano Holanda, pela confiança depositada para desenvolver o projeto, pelos almoços e bate-papos, pelas dicas na atuação de CRP, mas, especialmente, por ensinar pelo exemplo: incansável na busca por se desalojar do lugar irrefletido, de trazer o rigor da descrição e análise e pela generosidade com o conhecimento.

Neste esteio, agradeço a todos os colegas do LabFeno pela escuta, críticas e contribuições no processo. Aos estudantes da UFPR na transcrição das entrevistas e às estudantes das Faculdades Pequeno Príncipe que auxiliaram na coleta e organização dos dados.

Aos profissionais do litoral e do Comitê Intersetorial de Saúde Mental que me ofereceram todas as informações para as quais eu só tive o trabalho de dar unidade textual. Espero que se sintam bem representados nestas páginas.

Ao Complexo Pequeno Príncipe, que me proporciona identidade profissional, pela confiança depositada e pelo apoio concreto. Às psicólogas do Serviço de Psicologia do HPP pelo companheirismo e à Angela Bley pelo empenho e gentileza.

Agradeço à Tatiana Forte pelo apoio, por todas as oportunidades, pelo incentivo constante, pela sensibilidade e pela garra. É um prazer trabalhar contigo.

Aos meus amigos e amigas, pelos nossos encontros, trocas de ideias e convivência que me engrandecem. Ao Silva, por estar sempre competindo.

Aos Mäders e Jardimís pelo apoio e interesse no meu trabalho. Aos mais chegados, Marília, Madalena, Rodrigo, Marcos, Felipe, Olívia e Murilo pelo aconchego. Ao meu pai e à minha mãe pelo apoio, pelo incentivo e pelo estímulo a ser autêntico e a pensar com a minha própria cabeça.

A Viviane, minha esposa, pelos valores inabaláveis, pela disposição ao conhecimento de nós mesmos juntos, pelo carinho e pela família que estamos construindo.

RESUMO

A política de Saúde Mental brasileira vem sendo discutida e construída nas últimas quatro décadas. Neste processo, o modelo de atenção centralizado em hospitais psiquiátricos vem sendo substituído por uma proposta territorial, descentralizada em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta pesquisa tem o objetivo de descrever a atenção à Saúde Mental desempenhada pelos profissionais dos serviços no litoral do estado do Paraná, nos municípios que compõem a 1ª Regional de Saúde. O trabalho se divide em quatro partes. Na primeira propomos uma distinção conceitual entre Atenção à Saúde Mental e Atenção Psicossocial, na qual a primeira é um campo amplo de conhecimentos e práticas enquanto que a segunda é um núcleo de práticas mais bem delimitado. Na segunda parte, discutimos o objeto de pesquisa da Saúde e apresentamos o Mapeamento como método qualitativo e fenomenológico de pesquisa em Saúde. A terceira é composta pela descrição do mapeamento na qual identificamos a composição da rede e os obstáculos para uma atenção integral em Saúde Mental. A quarta e última parte descreve os arranjos assistenciais dispostos pelos serviços de Saúde Mental, e a contribuição técnica e pessoal dos profissionais que atuam nos serviços. Observamos que, nesta região, os serviços efetivam o acolhimento e têm resultados positivos, porém, encontram dificuldades na atuação em rede. Nesta localidade, os dois modelos de atenção (hospitalar e psicossocial) convivem lado a lado sem que se comuniquem de forma efetiva, interrompendo a integralidade da atenção.

Palavras-Chave: Atenção à Saúde Mental; Atenção Psicossocial; Mapeamento; Fenomenologia; Rede.

ABSTRACT

The policies for Brazilian Mental Health has been debated and constructed in the last four decades. In this process, the model for centralized care in psychiatric hospitals has been replaced for a territorial proposal, in a decentralized Network for Psychosocial Attention (RAPS). This research aims to describe the attention to Mental Health performed by professional from health services in the coast of the State of Paraná, in the municipalities that combine the 1st. Regional Health. The paper is divided in four parts. For the first part, we propose a conceptual distinction between Mental Health Attention and Psychosocial Attention, in which the first one is a broad field of knowledge and practices while the second one is a nucleus of well-defined practices. In the second part, we discuss the health research subject and present the mapping, qualitative and phenomenological method of research in Health. For the third part consists of the mapping description in which we identify the composition of the network and the obstacles for a comprehensive care in Mental Health. The fourth and final part describes the assistance arrays prepared by the Services for Mental Health and the technical and personal contribution of professionals who work in such services. We observe that in this location, the services carry out the reception and have positive results from it, however, for they find difficulties when it comes for the network and its performance. In this locality, the two models of mental health care (hospital and psychosocial) live side by side without really communicating to each other effectively, disrupting the potential of a comprehensive attention.

Key-Words: Mental Health Attention; Psychosocial Attention; Mapping; Phenomenology; Network.

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	8
2. Capítulo 1 - Atenção à saúde mental e atenção psicossocial: aproximações e distinções na conceituação e na oferta assistencial.....	10
Referências.....	39
3. Capítulo 2 - Pesquisa qualitativa e fenomenológica em Saúde Mental: Uma proposta de Mapeamento como método descritivo.....	46
Referências.....	59
4. Capítulo 3 - Mapeamento da Rede de Atenção à Saúde Mental do litoral do Paraná	62
Referências.....	95
5. Capítulo 4 - Arranjos Assistenciais na Atenção Psicossocial na Região do Litoral do Paraná - entre o técnico e o pessoal.....	97
Referências.....	117
6. Anexos	119
6.1. Anexo 1 - Projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa.....	119
6.2. Anexo 2 - Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada.....	123
6.3. Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	124

APRESENTAÇÃO

O trabalho que apresentamos é fruto do encontro da academia com o Sistema Único de Saúde, entre os pesquisadores do Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade (LabFeno) do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná – UFPR – com os trabalhadores da Rede de Saúde Mental do Litoral do estado, que se reúnem mensalmente no Comitê Intersetorial de Saúde Mental da primeira regional de Saúde do estado do Paraná.

A dissertação está dividida em quatro capítulos: no primeiro, procuramos esclarecer o campo conceitual no qual se desenvolve a pesquisa; o segundo realiza uma breve discussão sobre o objeto de pesquisa em Saúde e apresenta a construção do Mapeamento como nosso método de coleta de dados e análise; no terceiro capítulo, descrevemos a Rede de Atenção a Saúde Mental a partir das vivências dos profissionais que atuam no serviço de referência; e finalmente, no quarto capítulo, descreveremos os arranjos assistenciais dos serviços que compõe a rede de Atenção Psicossocial.

A estrutura da dissertação foi pensada com vistas à publicação do conteúdo em revistas e periódicos científicos, por este motivo, cada capítulo será apresentado em formato de artigo científico e sua apresentação está vinculada ao interesse de publicação em revista científica. O primeiro capítulo, teórico, discute o campo conceitual em que se desenvolvem as ações em Saúde Mental. Nos diálogos do grupo de pesquisas do LabFeno e durante as orientações notou-se que tratávamos, sem distinção, de noções como “Atenção Psicossocial” e “Atenção à Saúde Mental”, assim como a Reforma Psiquiátrica e uma noção ampliada de saúde, em contraposição ao modelo biomédico. Nossa atitude irrefletida revelou uma confusão do campo ligado à área de saúde mental, especialmente à pesquisa acadêmica. Assim, nomeamos o primeiro capítulo de *Atenção à Saúde Mental e Atenção Psicossocial: Aproximações e distinções do campo conceitual*.

No segundo capítulo, também teórico, pretende-se apresentar o caminho que percorremos para sustentar o Mapeamento que, agora, apresentamos. Conforme descrito acima, o campo de pesquisa abriu-se para os pesquisadores e foi preciso escolher um caminho para conhecê-lo. Desta forma, vamos abordar brevemente o objeto de pesquisa

em Saúde e a contribuição da pesquisa qualitativa e fenomenológica para a área. Compreendemos, enfim, a dimensão subjetiva da conceituação de Saúde como um processo de interlocução do humano. Desta forma, tomamos a rede como um processo *vivido* pelos profissionais, além das determinações legais, burocráticas e físicas.

O terceiro capítulo tem o objetivo de descrever a Rede de Atenção à Saúde Mental do litoral do estado do Paraná. Nesta parte, partimos dos serviços referência para Saúde Mental de cada município para descreveremos como os profissionais constroem a rede em seu cotidiano; como dialogam com outros serviços, quais dificuldades encontram e quais caminhos descobrem para atender as demandas dos usuários. Desta forma, apresentamos uma visão panorâmica dos serviços que são acessados pelos profissionais e identificar a rede de Saúde Mental.

O quarto capítulo descreve os arranjos assistenciais dispostos nos serviços e os dispositivos de atenção e cuidado. A estruturação de um serviço de saúde mental depende dos recursos materiais (como material para oficina, estrutura administrativa, recursos humanos) que dispõe, mas também da disposição e dos recursos pessoais dos profissionais que fazem parte do serviço. Desta forma, descreveremos como os serviços ofertam atenção, quais seus dispositivos, como foram criados, quais os critérios para seu desenvolvimento, dificuldades de implementação, potencialidades, a importância da participação (motivação e recursos pessoais) dos profissionais.

Ao final, apresentamos como anexos: o termo de consentimento livre e esclarecido usado na pesquisa; o roteiro de entrevista; e, o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: APROXIMAÇÕES E DISTINÇÕES NA CONCEITUAÇÃO E NA OFERTA ASSISTENCIAL

*Mental Health Attention and Psychosocial Attention: Approaches and Distinctions in
Concept and Offer Assistance*

Introdução

O modelo assistencial em Saúde Mental brasileiro vem sendo debatido há pelo menos quatro décadas. Discute-se a função, centralidade e viabilidade do hospital psiquiátrico e também o papel do psiquiatra, da psiquiatria e da equipe de saúde na atenção às pessoas com transtorno mental. Esta discussão resultou na promulgação da Lei 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial (Brasil, 2001). A partir de então, a oferta de atenção sofre alterações significativas especialmente com a subsequente regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o principal equipamento entre os dispositivos substitutivos.

Deste processo, conhecido também por reforma psiquiátrica, Silva (2014) questiona se “a psiquiatria foi reformada ou os serviços mudaram administrativamente? A substituição que surge é de um modelo dito psicossocial, que nos geraria outra questão: o que significa, no contexto dos serviços de atenção em saúde mental, o conceito ‘psicossocial’?” (p. 77). De fato, no processo de transição do modelo de Atenção à Saúde Mental brasileiro nota-se a centralidade que a “Atenção Psicossocial” recebe para a organização da oferta assistencial. Esta forma de organização revela uma relação direta entre Atenção à Saúde Mental e Atenção Psicossocial que, se por um lado não são sinônimos, por outro, também não são concepções antagônicas.

Observamos que apesar de o marco legal da transição de modelo – a Lei 10.216 – dispor sobre as formas de internação, prever esta como última alternativa de tratamento e direcionar o desenvolvimento da assistência em sociedade e em família, não diz como esta assistência deve ser organizada ou oferecida. A necessidade de que o “SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada” é regulamentada pela Portaria 3088/2011 que “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool

e outras drogas” (Brasil, 2011). Se a portaria ministerial define a RAPS para estruturar os serviços de Saúde Mental, no estado do Paraná a Secretaria Estadual de Saúde prevê a implantação da Rede de Atenção à Saúde Mental (SESA, 2014). Ora, porque há esta diferença?

Assumimos que há uma indefinição do campo conceitual em que esta discussão se desenvolve. Há distinções e aproximações entre as ideias de uma “Atenção à Saúde Mental” e a “Atenção Psicossocial” ainda que estas não estejam claras ou definidas. O que isto implica? Numa forma de organizar a atenção/assistência, numa concepção de sofrimento ou numa forma de exercer a clínica? Neste estudo, nos esforçaremos em esclarecer este campo conceitual para identificar quais as aproximações e distinções entre Atenção à Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Método

Esta pesquisa, de caráter fenomenológico e hermenêutico, toma a Saúde Mental como linha condutora de uma narrativa histórica que se encontra com o surgimento da Atenção Psicossocial, tomando a ideia de “Narrativa Histórica” do pensamento de Paul Ricoeur, composta por eventos históricos e as relações humanas vividas que os compõem. Ao narrá-los, percorremos o círculo hermenêutico até que possamos voltar às concepções mesmas (Barros, 2011).

Desta forma, faremos um percurso histórico dessas concepções, buscando compreender como ganharam corpo e como se deu sua utilização no contexto brasileiro. Destacamos cinco momentos históricos importantes: 1) a primeira referência a “Saúde Mental” na legislação brasileira, em 1961; 2) a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987; 3) a criação do CAPS paulistano e do NAPS santista no final da década de 80; 4) a Lei 10.216 de 2001; e, por fim, 5) a Portaria 3088 de 2011. Para compreendermos esses marcos e legislações, apontando influências nacionais e internacionais, refletiremos sobre seus usos e tentaremos definir as aproximações e distinções das expressões Atenção à Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

1. Estabelecendo o Campo Conceitual: Políticas em Saúde e Saúde Coletiva

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Esta definição

compreende doença como “o fato de que, num determinado instante, por qualquer forma de diagnóstico médico ou através de qualquer tipo de exame, não seja constatada doença alguma na pessoa” (Arouca, 1987, p.35). Este conceito serve ao propósito de definir saúde como direito, e, como ultrapassa o diagnóstico, retira do médico (e da ciência) a exclusividade de definir o que é saudável, bom e desejado e o que é doente, ruim e evitável. Desta forma, uma pessoa, compreendida como cidadã, tem o direito de participar da decisão com respeito aos seus processos de saúde.

A partir do momento que o determinante social compõe a Saúde, permite-se a compreensão de que haja condições ambientais para sua manutenção. Desta forma, proporciona o “direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (Declaração de Alma Ata, 1978). Neste sentido, amplia-se o entendimento da manifestação das doenças: da prática clínica individual à afetação de populações. Ou seja, da compreensão de que há fenômenos sociais na determinação dos processos de saúde/enfermidade, além dos determinantes biológicos (Scliar, 2007).

A definição proposta pela OMS implica em uma noção de um Estado como promotor e garantidor dos direitos civis e ainda, numa noção de poder e de juízo de valor (Scliar, 2007). É uma proposta política que se reflete numa forma de poder. Se de um lado, o médico precisa promover a autoconfiança e autoestima do seu paciente, que passa a fazer parte da escolha de sua forma de tratamento; de outro, o gerenciamento público precisa do aval da população (ou pelo menos de uma parcela). A quebra de poder que a transformação do conceito de Saúde traz, reflete, por exemplo, na Saúde Mental na noção de normal e patológico.

Esta definição, entretanto, enfrenta dificuldades. Arouca (1987) afirma que a principal crítica recebida é acerca de sua imprecisão. Afinal, da forma como é apresentada, não serve de base para “determinação de quantas pessoas têm ou não têm saúde num determinado país” (p.35). Almeida Filho (2000) apresenta a dificuldade em se medir quantidade de saúde por ser um conceito negativo, visto que “não é ausência de doença”. Em sua visão, apesar da tentativa de conceituar Saúde para além da visão biomédica, esta estaria sempre referenciada pela compreensão de “doença”, mesmo que pelo negativo.

Almeida Filho (2000) indica o forjamento ideológico, político e institucional da

definição de Saúde para ser o estofo epistemológico do modelo epidemiológico que ocuparia o lugar do biomédico e clínico tradicional. Afinal, uma vez que não se tem clareza do que é Saúde, as ações são pautadas pela doença e suas manifestações. O modelo de atenção da rede assistencial baseada em dados epidemiológicos é, portanto, estruturado numa definição de doença e fatores de risco para as doenças. Nesta linha, o próprio modelo epidemiológico não escapa de ser subsidiário da prática clínica, centrada numa concepção que identifica e privilegia doenças individuais (Almeida Filho, 1992).

É neste vácuo teórico e paradigmático, que fica entre uma noção ampla e a definição negativa, que se abre um campo para o desenvolvimento da Saúde Coletiva. Fundamentada numa perspectiva crítica, a Saúde Coletiva, especialmente na América Latina, debruça-se sobre os aspectos sociais e coletivos determinantes do processo de saúde-doença, tais quais concentração de renda, acesso a meios de vida e de conscientização política e advoga em favor de transformações na organização da estrutura social (Campos, 2012). Se, a partir desta crítica, a Saúde Coletiva é capaz de desenhar políticas públicas, por outro lado, subestima “o peso dos sistemas de saúde e dos fatores subjetivos” no processo de saúde-doença (Campos, 2012, p. 48).

Almeida Filho & Paim (1998), apontam que Saúde Coletiva não é um paradigma científico, mas um movimento ideológico, inovador, que pretende transformações sociais. A partir deste, cria-se um campo de conhecimentos potencialmente capaz de articulação interdisciplinar e de organizar a Saúde Pública, de construir políticas e de desenvolver práticas, técnicas e instrumentos de natureza interdisciplinar. Neste sentido, a Saúde Coletiva é capaz de dialogar com ciências como geografia, estatística, a clínica, a genética e a demografia. O estudo e ação da Saúde Coletiva são capazes de fazer um contraponto com a tendência de ramificação e especialização da prática médica (Campos, Chakour & Santos, 1997) com a redução do processo saúde-doença aos aspectos biológicos, como tem feito a medicina, particularmente a medicina baseada em evidências (Campos, 2012).

Neste ponto, apresenta-se um impasse para a execução das políticas de saúde. Se a saúde dialoga com tantas áreas e há muitas ramificações, como um profissional pode aglutinar todos os conhecimentos? Almeida Filho & Paim (1998) apresentam a pergunta da seguinte forma:

Se o campo de conhecimento da saúde pública é tão amplo que não comporta um tipo único de profissional para atuar nas instituições e serviços, qual o núcleo básico de conhecimentos e habilidades que deverão compor o novo perfil profissional num contexto que incorpora novos atores para o seu âmbito de ação, exigindo capacidade de negociação, agir comunicativo e administração de conhecimentos? (p. 307)

Campos (1997), observando o aumento da especialização médica em detrimento do interesse pelas clínicas generalistas, delineia uma proposta de transmissão da medicina na qual o que é geral dialoga com o que é específico. Em sua proposição, para cada área da Saúde haveria um espaço abrangente de intersecção de práticas e conceitos e áreas mais bem delimitadas cujas práticas e técnicas são específicas. Para trabalhar a sobreposição de limites entre as disciplinas e práticas em Saúde, o autor cunha a noção de “Campo” e “Núcleo”. *Campo* seria uma área generalista que abrange setores da Saúde, “que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades” (Campos, 1997, p. 143), um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras um apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000). A noção de *Núcleo* apareceria: “(...) como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O Núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional” (p. 220).

Campos (2000) se utiliza da reflexão dialética para afirmar que os limites entre Núcleo e Campo não são fixos e que se interinfluenciam. Poderíamos pensar que a pediatria, por exemplo, seria um campo que compreende desenvolvimento cognitivo, físico e a incidência de doenças em crianças. Por outro lado, o pediatra poderá precisar do olhar de uma especialidade para identificar alguns sintomas e propor um tratamento. Mas, ainda assim, o pediatra precisa fazer interface com a psicologia do desenvolvimento, com a área da aprendizagem, com a psicopatologia.

A interdisciplinaridade surge como um dos principais desafios da prática em saúde contemporânea. Se por um lado a especificidade é necessária para apurar os

diagnósticos e o tratamento de doenças, por outro, sua exclusividade encobre o sujeito que sofre. No campo da Saúde Mental, o desafio está também presente: se precisamos conhecer a psicopatologia, precisamos também trabalhar com as perspectivas de vida de cada sujeito atendido. Se há um sofrimento singular, também há determinantes sociais para sua formação.

Como a construção de políticas de Saúde Mental pode considerar a necessidade de transformação da organização da estrutura social e atingir a subjetividade do usuário que acessa a política? Em nosso estudo, vamos nos apoiar sobre a discussão entre saúde coletiva e subjetividade para definir *Atenção à Saúde Mental* e *Atenção Psicossocial* e refletir se são *campos* de saberes diferentes ou *núcleos* do mesmo *campo* e como se interinfluenciam.

2. Atenção à Saúde Mental

A OMS aponta dificuldade de se definir o que é “Saúde Mental” pelo fator cultural que a compõe; entretanto, as conceituações abrangem “bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa” (WHO, 2001, p.19). Há concordância entre estas conceituações no entendimento de que saúde mental não é apenas a ausência de transtornos mentais. Observa-se a aproximação desse conceito com o de saúde promovido pela OMS, desde sua fundação.

Ao falarmos de Saúde Mental, portanto, evocamos um conceito construído e encampado pela OMS e para compreendermos o que é Atenção à Saúde Mental precisamos retomar a construção do conceito que sustenta um valor e determina o que deve ser entendido como saudável. Nesta retomada, tentaremos circunscrever o período histórico em que o termo começou a ser utilizado, para então compreender com qual fim ele foi utilizado e o que se procurava superar com a sua utilização. Para realizar este percurso histórico utilizaremos as legislações como marcos referenciais. Se por um lado, a letra da lei não tem o compromisso científico, por outro, regulamenta as necessidades da sociedade de seu recorte histórico e pode ser usada como um retrato das discussões e composição de forças da época.

No Brasil, a utilização da expressão Saúde Mental surge na legislação, em 1961, na portaria 136/1961 (Silva, 2014). Esta portaria destinava-se a designar responsáveis

para elaborar o pensamento da psiquiatria nacional, que deveria ser enviado “aos conclaves do ano internacional de saúde mental” (Brasil, 1961). A legislação levanta a ação cuja motivação foram as ações internacionais que o Brasil procurava se equiparar. Não está claro, o que se chama de “ano internacional da saúde mental”, se foi um ano temático de debates ou se foi estabelecido devido a um evento significativo.

O ano de 1961 é marcado pela criação da *Associação Mundial de Psiquiatria* (Piccinini, 2003b), e pela ascensão de um brasileiro¹ como presidente da Federação Mundial de Saúde Mental (Piccinini, 2001a). Segundo Piccinini (2003a), o início da década de 60 é destacado nos EUA e no Brasil pelo mesmo viés de “preocupação com a falência do macro-hospital, a introdução maciça de novos medicamentos. Novas técnicas de tratamento como as grupais e a mudança no conceito de atendimento psiquiátrico hospitalar”. Neste período histórico, a aproximação entre o pensamento psiquiátrico brasileiro e o estadunidense pode ser notada, conforme descrição histórica realizada por Piccinini (2001b, 2003a, 2003b, 2003c). Neste ano, temos um marco histórico que ocorreu nos EUA cujas temáticas e proposições se aproximam do caráter da lei brasileira: foi apresentado ao congresso estadunidense um relatório intitulado *Action for Mental Health* (Ação para Saúde Mental) fruto de estudo realizado pelo NIMH (*National Institute of Mental Health*) (Barros & Bichaff, 2008; Kinoshita, 2001; Piccinini, 2001b). O objetivo deste estudo era encontrar um programa nacional que oferecesse atenção adequada às necessidades individuais dos doentes mentais.

Desta forma, o estudo se debruçou sobre a defasagem da Atenção à Saúde Mental², apresentou uma reflexão sobre a forma de atenção à saúde e sobre a compreensão da sociedade sobre os doentes mentais (em especial os psicóticos) e criticou a forma de tratamento aos doentes mentais³. As conclusões do relatório apresentaram recomendações para a ação do Estado (federal, estadual e local) para Atenção à Saúde Mental, reconhecendo que não havia uma teoria ou método superior aos outros, e por isso, apontando a necessidade de uma política com portas abertas não só nos hospitais, mas também nas mentes dos profissionais e pesquisadores (Joint Commission, 1961, p.168). Remenda-se a transformação do sistema hospitalar e estimula-se o treinamento de profissionais, ampliação do tratamento para a comunidade

¹ Segundo Piccinini (2001), Antônio Carlos Pacheco e Silva foi presidente da FMSM, entre 1960-61.

² *Mental Health Care*, como consta no documento.

³ *Mentally Ill*, como consta no documento.

e atendimento as necessidades individuais de cada paciente (Joint Commission, 1961). Este estudo serviu de base para o “*Community Mental Health Act*” instituído pelo presidente John F. Kennedy, em 1963. Esta forma de atenção estadunidense ficou conhecida como uma proposta de Psiquiatria Preventiva (Amarante, 2007).

Em nosso percurso histórico, cabe investigarmos a criação do NIMH, órgão que dirigiu o estudo, e como a Saúde Mental transformou-se no foco do instituto. Criado em 1948, pelo *National Mental Health Act*, instituído pelo presidente Harry Trumann, fez parte de um movimento pós-guerra que procurava reformar o sistema de saúde estadunidense (Grob, 1996; Nicaretta, 2012). Este movimento estava fortemente baseado na “fé na capacidade da ciência médica em descobrir a etiologia das doenças e desenvolver intervenções efetivas” (Grob, 1996, p. 381). O NIMH foi criado sobre a divisão de Higiene Mental do PHS (*Public Health System*). A mudança de postura e nomenclatura veio acompanhada da questão: trabalha-se contra a doença mental ou a favor da Saúde Mental (Joint Comissão, 1961)? Além disto, sua transformação trouxe para o centro da estrutura federal estadunidense a coordenação da política de Saúde Mental, antes ligada aos estados e seus hospitais (Grob, 1996). A criação do NIHM, assim como outras instituições, tem a participação decisiva do governo federal para “remediar a participação direta de 18 milhões de pessoas” na Segunda Guerra Mundial. Estas ações são baseadas no mesmo propósito utilizado para reconstruir os EUA após a guerra civil de 1870, a saber, a constituição do *Public Welfare* (Nicaretta, 2012).

O principal catalizador para a criação do instituto foram os efeitos da Segunda Guerra Mundial, em especial pela percepção de que os transtornos mentais eram mais severos e persistentes do que aqueles que haviam sido previamente reconhecidos; o estresse do combate contribuía para o desajustamento; e que o tratamento não institucional ajudava a melhorar. Assim, havia uma preocupação de fazer um sistema que pudesse identificar os sintomas de transtornos mentais antes de se agravarem e oferecer tratamento em serviços de bases comunitárias (Grob, 1966). Desta forma, observamos que as instituições federais estadunidenses foram criadas para projetar o bem-estar social. As ações pós Segunda Guerra utilizaram as estruturas já existentes e a transformaram, assim como o NIMH tomou o lugar da divisão de Higiene Mental do PHS. Com o apoio e financiamento federal, a política comunitária de saúde mental tomou o centro da atenção (Grob, 1996).

A criação do NIHM com financiamento federal trouxe uma substancial injeção de recursos para a execução do *National Mental Health Act*. Um orçamento de US\$ 9 milhões em 1949, passou para US\$ 189 milhões em 1964 (Grob, 1996) ⁴. Os objetivos das políticas estadunidenses mostram que a forma de Atenção à Saúde Mental é criada por uma necessidade ligada à reabilitação de pessoas que tinham um valor anterior ao adoecimento, a saber, o valor militar. Surge da necessidade de valorizar aspectos do “doente mental”, que colocavam em xeque os aspectos depreciativos da loucura (insanidade, periculosidade). A conceituação de Saúde Mental precisa considerar que o termo foi talhado em oposição à noção de “combate à doença mental” e que buscava ressaltar aspectos além da doença mental. Esta percepção vem em conjunto com a noção de que a etiologia da doença não era puramente biológica ou fisiológica. Nesta perspectiva, entendendo que a etiologia não seria apenas biológica, o tratamento não deveria ser só o isolamento. No bojo desta problemática, surge o desafio de tratar os aspectos ligados ao ambiente, como estresse, e de criar espaços alternativos ao ambiente institucional.

Levando em consideração a necessidade de valorizar a vida das pessoas (tanto para o trabalho e produção como para seu bem-estar), não se pode pensar nesta forma de atenção sem a participação efetiva do Estado. Saúde Mental é um termo que carrega consigo uma noção de bem-estar e por isso há implicação na forma de intervenção na vida das pessoas (seja na forma de atenção profissional, nas mudanças dos centros de tratamento ou mudanças ambientais e sociais).

Como vimos, as políticas de Saúde Mental estadunidenses herdaram e transformam a estrutura estatal e social da noção anterior de higiene mental. No Brasil, há similaridades nestes movimentos, mas há distanciamentos, em especial na forma de ação do Estado (Piccinini, 2001a; 2001b, 2003^a; Paulin & Turato, 2004). É possível notar o efeito desta forma de atenção no Brasil, a partir de 1967, quando foi instituída a Campanha Nacional de Saúde Mental (Silva, 2014). Subordinada ao Serviço Nacional de Doenças Mentais, tinha a previsão de assistência e socorro hospitalar e ambulatorial para “tratamentos e reabilitação de psicopatas”, promoção da psiquiatria preventiva através de medidas de higiene mental e medidas educacionais à prevenção do

⁴ Esta ação, com seus incentivos, apresentou um novo campo profissional e incidindo, além da assistência psiquiátrica, numa transformação da Psicologia. Antes ligada a funções de ensino, a psicologia passa a exercer a função assistencial e se aproxima do discurso médico psicoterápico com o objetivo de reparar o dano psicológico promovido pela guerra (Nicaretta, 2012).

alcoolismo e toxicomanias (Brasil, 1967). Esta campanha serviu de “instrumento que propiciou maior obtenção de recursos extra-orçamentários e maior maleabilidade na administração pública” (Jorge, 1997, p. 44).

Entretanto, ao contrário dos EUA, o financiamento estatal previsto priorizou o estímulo e a ampliação da rede privada de instituições hospitalares e não se criou alternativas estatais efetivas para a prática preventivista ou incentivo à produção científica (Jorge, 1997; Costa, 2003; Paulin & Turato, 2004; Miranda-Sá Jr, 2007; Silva, 2014). A partir do final dos anos 60 e começo dos 70, algumas iniciativas começaram a questionar a organização da assistência psiquiátrica brasileira e propor formas de mudança na atenção. Em 1970, foi realizado o I Congresso da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP – que apresentou uma carta de princípios em Saúde Mental fortemente influenciada pela psiquiatria preventiva, em que se afirma a necessidade da implementação de serviços extra-hospitalares (Paulin & Turato, 2004; Devera & Costa Rosa, 2007; Miranda-Sá Jr, 2007). No mesmo ano é criada a Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM – cujo objetivo era “planejar, coordenar e fiscalizar os serviços de assistência e reabilitação de psicopatas e os de higiene mental” (Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca & Maftum, 2010, p. 277) e demonstrava a preocupação estatal em ações preventivas em Saúde Mental.

Em 1973, é aprovado e publicado o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica que não contou com implementação efetiva. Este documento (realizado pela Previdência Social e depois utilizado pelo Ministério da Saúde) refletia o papel da Previdência na área de Saúde Mental e na prática preventiva (Paulin & Turato, 2004; Devera & Costa Rosa, 2007). Entre os anos 60 e 70, algumas experiências inovadoras foram verificadas nos estados do Rio Grande do Sul, de São Paulo e do Rio de Janeiro. (Paulin & Turato, 2004).

Apesar dos documentos oficiais e “discursos legais priorizarem o tratamento ambulatorial e à hospitalização de curta permanência, que, preferencialmente, deveria ocorrer em hospitais gerais” (Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca & Maftum, 2010, p. 277), as condições de assistência psiquiátrica eram precárias. As sofríveis condições de assistência refletiam-se nas de trabalho dos profissionais de Saúde Mental. A partir de 1974, a DINSAM, com dificuldades financeiras, passa a contratar profissionais da área por bolsas de estudos. A crise no setor teve seu ápice em 1978,

com a mobilização de trabalhadores de várias instituições e denúncia das condições resultando num movimento nacional chamado Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (Devera & Costa Rosa, 2007; Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca & Maftum, 2010).

Também em 1978, foi realizado um congresso internacional no Rio de Janeiro, que contou com a participação de nomes importantes da área e, especialmente com Franco Basaglia, que desenvolvia experiência inovadora na Itália, com o fechamento dos manicômios (Devera & Costa Rosa, 2007; Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca & Maftum, 2010). Desta forma, pensamento psiquiátrico brasileiro recebe influência de outras linhas de pensamento, além da estadunidense. O MTSM, contemporâneo ao processo de redemocratização do Brasil e ao movimento sanitarista passa a ser questionar o modelo hospitalar. Além da psiquiatria comunitária estadunidense, as experiências francesa e italiana, e as proposições da antipsiquiatria influenciam e inspiram o movimento de trabalhadores brasileiros (Goulart, 1997; Jorge 1997; Gondim, 2001; Costa 2003; Ribeiro, 2004; Devera & Costa-Rosa, 2007; Amarante, 2007).

Com esta influência, a Saúde Mental brasileira ganha novos contornos a partir de 1987, quando foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. O primeiro tema abordado pelo relatório da Conferência foi a questão econômica, a aprofundada concentração de renda, a migração populacional do meio rural para os centros urbanos e a falta de condição de trabalho digno. A Saúde Mental é então situada no bojo da luta de classes e é combatida “a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde” (Relatório da I CNSM p.13) A Saúde Mental brasileira entra na discussão nacional sobre cidadania e direitos, e é circunscrita na reforma sanitária⁵.

Neste ponto, interrompemos a construção histórica para uma reflexão visando compreender a Atenção à Saúde Mental, para retomarmos a relevância do

⁵ Indicamos uma distinção entre Saúde Mental e atenção psiquiátrica. É partir da problematização do conceito de doença, a forma de atenção se amplia. Nos EUA, o incentivo econômico à Saúde Mental causou uma significativa mudança em outras profissões, inclusive na oferta de serviços psicológicos (Nicareta, 2012).

estabelecimento do direito à saúde, afinal se Saúde é um direito, a participação do Estado tem influência decisiva na vida do doente. E, ainda, se Saúde não é apenas a ausência de doença, o Estado tem influência decisiva na vida das pessoas.

Se nos Estados Unidos, o questionamento do funcionamento da atenção hospitalar vem para a promoção do bem-estar no pós-guerra, esta preocupação chega ao Brasil, pelo questionamento da forma de ação do Estado brasileiro e pelo papel que a atenção psiquiátrica cumpre neste Estado. A denúncia de que há um processo de “aviltamento e exclusão social de significativos setores da população” (Ministério da Saúde, 1988), e que a psiquiatrização e a medicalização mascaram os problemas sociais, aproxima o conceito de Saúde Mental ao de cidadania. Desta forma, participação política e conquista de direitos fazem parte do desenvolvimento da Saúde Mental.

Conforme apresentado acima, o conceito de Saúde Mental da OMS enfrenta dificuldades de generalização pelas questões culturais implicadas. Neste sentido que Almeida Filho, Coelho & Peres (1999) apontam contradições entre o que a medicina diagnostica e trata (a doença) e o que o paciente sofre (a enfermidade), indicando o caráter cultural implicado em qualquer noção de doença, em especial, o caso brasileiro em que a desigualdade social “se reveste de centralidade”. E aí, evidenciam a atualidade do debate entre o que é saúde e o que é doença, entre o que é normal e o que é patológico situando o conceito de Saúde Mental como fronteira entre o sofrimento individual (amparado no discurso biomédico) e as intervenções comunitárias.

Há uma indicação no relatório da I CNSM de que a forma e as condições de vida da população provocam transtornos mentais. A então recente urbanização ganhou destaque por proporcionar subempregos e empregos com baixa remuneração e por privar a população de condições dignas de moradia e saneamento. Entretanto, neste mesmo relatório, a noção de doença (ou transtornos) tem papel central na forma de apresentação da situação da Saúde Mental. A incidência de transtornos mentais, o afastamento de trabalho devido a transtornos acompanha a ideia de que a conceituação de Saúde (assim como de Saúde Mental) continua sendo negativa (não é ausência de doença). Ao apontar a necessidade de uma conceituação positiva de Saúde Mental, Almeida Filho, Coelho & Perez (1999) apresentam a noção de que o conceito se torna:

(...) objeto de uma perspectiva transdisciplinar e totalizadora, fora do âmbito dos

programas de assistência. Objeto-modelo construído por práticas trans-setoriais, a saúde mental significa um *socius* saudável; ela implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, qualidade de redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida. Por mais que decreta o fim das utopias e a crise dos valores, não se pode escapar: o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política (p.123).

Desta forma, estamos compreendendo Saúde Mental como um conceito criado num determinado momento histórico, para efetivar uma forma de tratamento que ultrapassasse a assistência asilar e de isolamento. Além disso, buscou-se superar o movimento de higiene mental, cuja noção de doença mental era baseada em princípios biológicos e suas ações baseadas no combate à doença mental. A atenção e oferta de cuidados em Saúde Mental remetem ao período pós Segunda Guerra, em que há uma preocupação do Estado com o bem-estar da população.

A ampliação da noção da etiologia da doença mental englobando fatores sociais, culturais e emocionais requer ações mais abrangentes de que aquelas voltadas para o indivíduo. A utilização desta noção no Brasil ganhou contornos de participação política, inclusão social e conquista da cidadania. Esta noção impõe tanto uma revisão conceitual do normal e do patológico – e da classificação das doenças e dos transtornos – para que seja possível uma organização da atenção conforme as necessidades dos sujeitos, assim como mudanças jurídicas para com seus os direitos.

Atenção à Saúde Mental é um campo composto por ações que visam a promoção do bem-estar e da cidadania, cujas práticas transportam o foco da atenção aos doentes mentais para uma noção de Saúde ofertada às pessoas não necessariamente enfermas, mas que possam desenvolver seus potenciais. Compreendida desta forma, *Atenção à Saúde Mental* ultrapassa os serviços da política de Saúde e chega a outros setores da sociedade. Podemos pensar na função das instituições escolares para o desenvolvimento do potencial dos alunos; nas empresas como *locus* do desenvolvimento do potencial de cada profissional; no lazer e esporte como ferramentas para o convívio de todas as pessoas; na assistência social com a inclusão das pessoas em situação de vulnerabilidade, etc. *Atenção à Saúde Mental* implica ainda numa forma de atenção a

quem sofre, em suas relações com o ambiente, com os outros e consigo mesmo, sem necessariamente ser diagnosticado com transtornos mentais. Está circunscrita aqui a necessidade de diagnóstico e acompanhamento de quem tem um transtorno mental. Contudo, não é possível diminuir a importância de quem precisa de ajuda devido a algum outro sofrimento.

Podemos pensar numa pessoa em processo de luto por uma perda, um casal com dificuldades matrimoniais, uma mãe com dificuldades de cuidar de seus filhos, entre outros, com causas emocionais ou sociais, que necessitam de acolhimento e ajuda profissional. Nesses casos, as possibilidades de se realizar as intervenções no campo mental ou psicológico são diversas: a psicologia clínica em suas variadas formas (aconselhamento, psicoterapia⁶, psicanálise, grupoterapia), a clínica da atividade em terapia ocupacional, intervenção medicamentosa, entre outras. Estas intervenções estão no bojo da *Atenção à Saúde Mental* e podem ser oferecidas tanto à pessoa que sofre com transtorno mental, quanto àquelas que sofrem de outras maneiras.

O fato de não precisar haver necessariamente um transtorno mental para *Atenção à Saúde Mental* implica na participação efetiva do sujeito no reconhecimento de seus problemas e em seu pedido de ajuda. É justamente neste ponto que se faz necessário questionar: qual ajuda se oferece? Afinal, estamos discutindo a formulação de políticas de atenção promovidas pelo Estado.

A oferta de atenção passa pela regulamentação, ações e financiamento do Estado para área. Com a abertura política e participação popular nas decisões aumenta-se a demanda por serviços que atendam às necessidades das pessoas. A ampliação de modelo em Saúde, como veremos a seguir, tem como base irrefutável uma noção de democracia e autodeterminação que, se por um lado, privilegia a inclusão social, por outro tem dificuldades em reconhecer os sofrimentos e singulares de cada sujeito.

3. O processo de mudança na organização da Atenção à Saúde Mental e a criação dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial

Retomando a construção histórica, entre o final dos anos 60 e o começo dos anos 80, observou-se iniciativas para mudar a assistência psiquiátrica brasileira, sendo

⁶ Se nos EUA do pós-guerra a psicoterapia foi um instrumento amplamente utilizado (Nicaretta, 2012), no Brasil, a psicoterapia não tem sido incentivada ou regulamentada na política de Saúde. Conforme exposto acima, as regulamentações mais recentes do ministério da Saúde para a área estão ligadas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

algumas experiências de dentro dos próprios hospitais e outras na política nacional, mas elas enfrentaram a força e o *lobby* dos hospitais (Paulin & Turato, 2004; Devera & Costa-Rosa, 2007). As mudanças na forma assistencial ocorreram com efetividade ao final dos anos 80, utilizando a força do MTSM e da participação popular no processo (Devera & Costa Rosa, 2007).

As experiências brasileiras inovadoras, observadas no Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia, realizaram inovações baseadas em teorias psicanalíticas e psicodinâmicas e nos princípios preventivo-comunitário. Estas iniciativas buscavam a diminuição da prescrição medicamentosa, a implementação das terapias ocupacionais e a convivência comunitária. Estas ações eram realizadas dentro ou a partir das próprias instituições psiquiátricas (Paulin & Turato, 2004; Devera & Costa-Rosa, 2007). Ainda nos anos 70, além dos já citada Declaração de Princípios da ABP e do Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica da DINSAM, foi lançado, na VII Conferência Nacional de Saúde, o Plano Integrado de Saúde Mental — Pisam — pelo Ministério da Saúde, que procurava restaurar os princípios da psiquiatria comunitária (Paulin & Turato, 2004).

Estas iniciativas sofreram duras críticas do setor privado, privilegiado nos investimentos públicos. Desta forma, pôde-se notar o crescimento considerável do número de internações e do rendimento financeiro do empresariado do setor. Além do poder financeiro também pôde ser observado a influência política do setor nas políticas públicas levando à descontinuidade das ações acima citadas (Paulin & Turato, 2004; Deveras & Costa-Rosa, 2007; Miranda-Sá Jr 2007, Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca & Maftum, 2010). A partir da organização do MTSM foi criado um repertório cultural na qual a crítica à instituição manicomial surgiu. A visita de Basaglia a Barbacena foi simbólica, quando comparou o manicômio local aos campos de concentração nazistas (Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca & Maftum, 2010).

As primeiras referências brasileiras à forma de Atenção à Saúde Mental, fora do ambiente asilar, apontam também para o início da forma de Atenção Psicossocial. Situadas no final da década de 1980, são contemporâneas a I CNSM. Em 1987⁷ e 1989, duas iniciativas pioneiras na reforma brasileira surgiram: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) paulistano e um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) santista

⁷Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca & Maftum (2010) apontam o início do CAPS em 1986.

(Amarante & Torre, 2000; Deveras & Costa-Rosa, 2007; Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca & Maftum, 2010).

O CAPS foi projetado como um serviço intermediário entre o hospital e a sociedade, num contraponto prático à cronicidade num apelo aos direitos civis dos internados. Contou com a criação de associações de familiares e usuários dos serviços para seu estabelecimento (Amarante & Torre, 2000; Deveras & Costa-Rosa, 2007; Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca & Maftum, 2010). Segundo Deveras & Costa-Rosa (2007, p. 67) deve-se “ao CAPS os significantes que nomeiam, pós década de 80, o ideário e as práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico: Atenção Psicossocial”. O NAPS, por sua vez, propunha-se como um serviço substitutivo ao hospital. Na experiência santista fechou-se o hospital local e foram implementados serviços 24 horas regionalizados pela cidade, capitaneados pela gestão municipal. (Amarante & Torre, 2000; Deveras & Costa-Rosa, 2007; Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca & Maftum, 2010).

Comum às duas experiências foi o compromisso com a desinstitucionalização e com a proposta de estar na sociedade; não esconder o doente, mas integrá-lo. Na criação deste dispositivo, alude-se para a necessidade de retomada das relações sociais das pessoas que eram mantidas em hospitais por longo tempo (Amarante & Torre, 2000). Estas experiências nascem influenciada por três fatores: o contexto da reforma sanitária brasileira, o modelo de desinstitucionalização estadunidense e o modelo de revolução cultural italiano (Amarante & Torre, 2000; Deveras & Costa-Rosa, 2007). A esta altura vamos analisar cada uma destas influências, para chegarmos a uma noção de atenção psicossocial.

3.1 A reabilitação psicossocial no modelo de desinstitucionalização estadunidense

Conforme vimos acima, o modelo estadunidense lança suas bases “promovendo” Saúde Mental e não “combatendo” doença mental. Para isso, é proposta uma mudança na forma de organização da assistência, de hospitais gerenciados pelas administrações estaduais para Centros Comunitários de Saúde Mental incentivados pelo poder federal. Entretanto houve desdobramentos a partir do *Community Mental Health Act* que não permitiram ao programa se efetivar. Segundo Kinoshita (2001) esses fatores

foram: transinstitucionalização, desarticulação das agências de tratamento e assistência social, guerra e cortes orçamentários.

A transinstitucionalização caracterizou-se por um processo em que pacientes idosos saíram do manicômio para clínicas de repouso (*nursing homes*). Esta transferência aumentou substancialmente o número de pacientes destas clínicas que eram mantidas pelos Estados, uma forma de manutenção do poder anterior, altamente lucrativo (Kinoshita, 2001). A desarticulação dos serviços foi verificada nas distâncias entre as esferas de poder. Os hospitais psiquiátricos (de administração estadual) não acabaram, mas mudaram sua forma de internação. Ao invés de longos períodos de internação, a permanência média passou a ser de 28 dias. Distante dos hospitais estaduais, os doentes passaram a conviver com a cobertura previdenciária do governo federal (Kinoshita, 2001). O *Community Mental Health Act* sofreu pressões da mídia, que expôs os doentes mentais como pessoas sem casa e ameaçadoras, perturbadoras e desassistidas (Kinoshita, 2001). E por fim, com a guerra do Vietnã, os investimentos em programas sociais caíram e o programa de substituição dos hospitais não foi completado (Barros & Bichaff, 2008, Kinoshita, 2001) ⁸.

Notou-se, porém, avanços, pois o programa chegou a cidades de pequeno e médio porte que antes não tinham acesso a assistência à Saúde Mental. Some-se a isso, o perfil da clientela que mudou, afinal, já havia uma parcela da população que nunca havia sido internada (Kinoshita, 2001). Frente ao que foi percebido como desassistência ou falha da atenção, questionamentos sobre o modelo de medicina e formas de intervenção surgiram em fins dos anos 1970. O debate entre Saúde Mental e Psiquiatria influenciou as políticas públicas como um todo e o modelo de atenção médica passou a ser questionado. Engel (1977) aponta a necessidade de um novo modelo, biopsicossocial, como um desafio para a medicina. Sustenta esta necessidade a partir do debate entre duas posições da Psiquiatria: uma de excluir a psiquiatria do campo da medicina (exemplificados por posições como a de Thomas Szasz), e outra de aderir completamente ao modelo biomédico, limitando a psiquiatria ao campo das disfunções cerebrais. A justificativa desta necessidade se dá pelo reducionismo do modelo biomédico que, ao se deter a aspectos bioquímicos, considera que a denominação *doença* não se aplicaria na ausência de perturbações dos níveis bioquímicos. Desta

⁸ Em 1980, haviam sido criados apenas 754 centros, contra 2 mil previstos (Kinoshida, 2001)

forma, não abarcaria as influências ambientais (*environmental influences*) que podem desenvolver doenças como diabetes ou esquizofrenia. Para Engel (1997):

Os limites entre saúde e doença, entre bem e doente, estão longe de estar claros e nunca serão esclarecidos por que são difusos entre considerações culturais, sociais e psicológicas. A visão biomédica tradicional, de que índices biológicos são os critérios definitivos para definir doenças, nos leva ao atual paradoxo de que pessoas com resultados laboratoriais positivos são conduzidas a fazer tratamentos quando estão se sentindo bem, enquanto que para outros, que se sentem doentes, é assegurado que não tem doença alguma (p. 192-193).

A proposição de um modelo biopsicossocial tem como objetivo ampliar a visão da medicina, para que esta passasse a considerar os fatores culturais, sociais e psicológicos na determinação das doenças e na condução dos processos de cuidados. Em 1977, o NIHM cria um programa de apoio comunitário (*Community Support Program - CSP*), um piloto de colaboração federal com os estados oferecendo serviços, entre outros, de reabilitação para pessoas com “desabilidades” psiquiátricas (Anthony, 1992). A partir deste recorte, desenvolvem-se estratégias de atenção estruturadas que trabalhassem com os fatores psicológicos e sociais dos pacientes psiquiátricos, em especial, a Reabilitação Psicossocial.

A Reabilitação Psicossocial surgiu a partir de um movimento espontâneo de usuários que buscavam saídas para seus problemas da “vida real”. Esta movimentação ocorreu como respostas a profissionais que, a partir da “constatação de que pessoas com doenças mentais severas e crônicas raramente voltariam ao seu funcionamento psicossocial comunitário completo” (Anthony & Liberman, 1986, p. 544), passaram a desenvolver suas ações objetivando uma adaptação dos usuários com aparências de normalidades. Desta forma, os centros de reabilitação psicossocial passaram a trabalhar com a perspectiva de melhorar seus relacionamentos, abrandar fatores estressantes e encontrar oportunidades de trabalho e moradia. Os centros de reabilitação psicossocial não trabalhavam com *insights* terapêuticos, mas com o desenvolvimento de habilidades de fazer algo específico em um ambiente específico, mesmo com a presença de alguma ‘desabilidade’ residual (Anthony & Liberman, 1986).

3.2. A experiência italiana e a Psiquiatria Democrática

No movimento italiano, não vemos a utilização do termo “Saúde Mental” com a mesma ênfase do processo estadunidense. Na lei italiana – Lei 180, referenciada como “Lei Basaglia” (Goulart, 2007) –, por exemplo, vemos apenas uma referência ao termo. De forma geral, os italianos apresentavam uma proposta de Psiquiatria Democrática cujas críticas destinavam-se à instituição manicomial (em sua esfera administrativa e técnica) e ao poder psiquiátrico:

Ao contrário do que muitos afirmavam – e ainda afirmam – esse trabalho desenvolvido em Trieste não propugnava a suspensão dos cuidados aos que dele necessitavam, mas a construção de novas formas de entender, lidar e tratar a loucura. E ainda, a “negação da instituição” não é a negação da doença mental nem da psiquiatria, tampouco o simples fechamento de hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam a psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (Amarante & Rotelli, 1992, p.43-44).

Esta forma de relação com a doença também não se configura um “combate”, entretanto os italianos não lançam mão do conceito totalizante “Saúde” como saída. Segundo Kinoshita (2001), o conceito de *desinstitucionalização* tem papel central, “do qual tudo parte e para onde tudo retorna” (p. 103). Notamos que há um esforço em fazer com que as instituições de cuidado estabeleçam um “circuito” de atenção que além de cuidados, “oferece e produz novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica” (Amarante & Rotelli, 1992, p.46).

Há uma diferença fundamental na experiência italiana para a estadunidense que reside na crítica epistemológica da ciência e da compreensão de doença. Engel (1977), por um lado, critica a postura do modelo biomédico ao chamá-la de dogmático e aponta para a incerteza da ciência – indicando o aparecimento e abandono de dogmas científicos através da história. Ao considerar uma ciência humana, pede uma abertura da compreensão médica, mas não muda o lugar do médico frente ao objeto.

O movimento italiano, por outro lado, se aproxima da compreensão husserliana para colocar a doença entre parênteses e encontrar o homem doente, por meio da suspensão do juízo (Kinoshita, 2001; Puchivailo, Silva & Holanda, 2013). Desta forma, a experiência italiana problematiza o conceito de doença mental, e representam isso utilizando aspas (“doença mental”) para escrevê-la. Assim, trazem para o centro do cuidado a “existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social” (Amarante & Rotelli, 1992). O movimento italiano foi além da relação médico-paciente, questionou o uso da ciência e sua suposta neutralidade, denunciou a exclusão social dos doentes mentais e a posição de poder dos técnicos e médicos. A Psiquiatria Democrática aproximou-se da atividade política italiana, com metas de conquistar posições estratégicas nas administrações públicas (Goulart, 2007).

Ao utilizar a democracia como forma de exercer a ciência psiquiátrica, nota-se uma proposta de mudança de postura ao olhar o sofrimento, entendendo “mental” cada vez menos como individual e mais ligado às questões de relações sociais. Esta postura implica na participação das famílias no tratamento, no estímulo da auto-organização e do associativismo dos doentes mentais e seus familiares para vida comunitária (Goulart, 2007).

3.3. Democratização e descentralização na reforma sanitária brasileira

A reforma sanitária brasileira, que resultou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) mobilizou questões sociais, territoriais, financeiras e políticas brasileiras. Esta dimensão se dá não apenas pela proposta assistencial, mas por todo processo pelo qual se deu sua construção. Trata-se de um movimento, o qual denominou-se sanitário, com objetivos e formas de manifestações articuladas com o cenário social e político numa espécie de ato contínuo (Ministério da Saúde, 2006). Trata-se de um processo que contou com participação de entidades e pessoas da sociedade civil, além das entidades médicas e de Saúde⁹.

Este movimento teve ampla repercussão por misturar-se e confundir-se com o

⁹ Na organização da 8a. CNS encontrou-se um processo rico que não poderia se perder: a participação popular (Arouca, 1986). A participação popular foi vista e sustentada como uma forma de produzir saúde. (Ministério da Saúde, 2006). Esta forma de participação aproxima-se do disposto na Declaração de Alma Ata, em especial ao seu artigo IV “É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (1978). Campos (2013), ao afirmar a inspiração do modelo brasileiro no modelo sueco e inglês, ressalta que o Brasil é o único país do mundo cujo sistema de saúde conta com a participação popular.

processo de redemocratização do país, com os anseios de um país justo e livre e influenciou o movimento constituinte. Esta expectativa pode ser observada na conferência de Sérgio Arouca (1987) na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) quando sintetiza o momento político ao afirmar que “Democracia é Saúde”. Nesta frase, Arouca condensa o conceito de saúde proposto pela OMS, as resoluções da Conferência de Alma Ata (1978) e as necessidades de transformação da sociedade brasileira.

Podemos notar no movimento sanitário, a “preocupação em 'reformatar o Estado' no sentido de democratizar o acesso a serviços e à participação política” (Hochman, 2007, p. 14), que caracterizou o processo de redemocratização do Brasil. A política de Saúde emplacou formas descentralizadas e participativas de gestão que eram encaradas como “forma institucional 'superior' para o enfrentamento da então chamada 'dívida social' do Brasil para com seus cidadãos” (Hochman, 2007, p. 14).

A 8ª CNS, central na construção do SUS, teve como diretrizes: Saúde como direito, Organização da Atenção e Financiamento do Setor (Arouca, 1987). Saúde como direito, além da universalização do acesso, aponta para o saneamento da “dívida social”: saneamento, trabalho, habitação e combate à pobreza entram nos objetivos do setor Saúde. A organização do sistema é estruturada pela hierarquização da atenção e pela descentralização dos serviços (Ministério da Saúde, 1990). Os serviços de saúde brasileiros, que antes do SUS, eram em grande parte compostos por hospitais, passam a contar com serviços com menor complexidade de atenção, proporcionando serviços próximos de onde as pessoas moram. Desta forma, as administrações municipais surgem como atores importantes na estruturação descentralizada do SUS (Ministério da Saúde, 1990).

Parece-nos apropriado considerar que, a partir de 1978, o MSTM assume consciência de si e para si, passando a assumir os significantes “Reforma Psiquiátrica” – parafraseando os já consagrados “Reforma Sanitária” – como ,designação do conjunto de ações de luta pela transformação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico (Devera & Costa-Rosa, 2007, p. 67).

4. A Atenção extra-hospitalar substitutiva

A estruturação da rede extra-hospitalar no Sistema Único de Saúde, percorreu

um longo percurso até a aprovação, em 2001, da Lei 10.216. O processo de construção da lei começou com o PL 3657 de 1989 de autoria do Deputado Paulo Delgado, que continha forte influência do modelo italiano (Silva, 2014). Porém, em 1990, há uma significativa mudança, quando a DINSAM é extinta para que fosse criada, em 1991, a Coordenação nacional de Saúde Mental, com poderes propositivos e normativos (Borges & Baptista, 2008). A partir daí o Ministério da Saúde utilizou o dispositivo das portarias para promover mudanças na atenção: entre 1991 e 2001, foram publicadas 12 portarias que regulamentam o repasse financeiro a hospitais, a avaliação de serviços; a abertura de novos serviços, entre outros (Devera & Costa-Rosa, 2007; Borges & Baptista, 2008).

Neste período, que compreendeu a apresentação do projeto e sua aprovação (1989-2001), observamos que outras experiências foram executadas, e houve uma mobilização descentralizada nos estados, com aprovação de leis estaduais bastante similares ao projeto¹⁰. O Estado passa a incorporar o discurso do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental no final da década de 90 (Jorge, 1997). O projeto foi aprovado com significativas mudanças que o descaracterizaram. Assim, para a regulamentação do campo, o Ministério lança a Portaria 336/2002 que dispõe sobre o funcionamento e o financiamento dos CAPS, tornando-os equipamentos substitutivos de atenção à Saúde Mental no SUS. O financiamento do setor também foi alterado, com menos recursos aos hospitais.

Conforme observaremos a seguir, este processo de mudança foi recebido com resistência por setores importantes da psiquiatria nacional, deflagrando um confronto de posições que carregam consigo uma visão de saúde/doença e de sociedade, e suas relações de poder. Para Mondoni & Rosa (2010), trata-se de um processo de transição paradigmática. A Atenção Psicossocial seria um novo paradigma em oposição ao paradigma anterior psiquiátrico hospitalocêntrico e medicalizador (PPMH). O Paradigma Psico-Social (PPS) seria definido em oposição ao PPHM, numa forma de “desinstitucionalizar esse modo de conceber a loucura e suas técnicas de produção de atenção” (p. 41).

Se, por um lado, a psiquiatria asilar era vista pelos reformistas como atrasada e

¹⁰ No período entre 1992 e 1996, Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Paraná, Distrito Federal e Espírito Santo aprovaram leis específicas para atenção à Saúde Mental (Silva, 2014). Ainda neste período, foi realizada a II CNSM. A terceira, teve lugar em 2001, após aprovação da Lei 10.216, e a quarta foi realizada em 2010.

como cerceadora de direitos, por outro, o movimento antimanicomial era visto como uma proposta ideológica e anti-médica que, com a pretensão de desmedicalizar os doentes mentais, promovia desassistência (Gentil, 2005; Câmara, 2008; ABP, 2014). Para a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), o modelo de “assistência à saúde mental implementada pelos governos ao longo desse período continua baseada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja eficácia enquanto serviço de reabilitação e reinserção social ainda não foi demonstrada”, e coloca o médico psiquiatra como “profissional secundário e prescindível à psiquiatria” (p.6). No modelo sustentado pela ABP (2014), a nomenclatura “Psicossocial” não é central, ficando restrita a atenção especializada.

Neste mesmo sentido, Gentil (2005) defende a posição de centralidade do trabalho do psiquiatra para a Saúde Mental. Para este autor, o psiquiatra, como médico, sabe identificar o que é doença, trabalha com diagnóstico, formulação clínica e com uma conduta terapêutica chegando a determinado resultado em um prazo estabelecido, tal qual qualquer outra área da medicina. Segundo Gentil (2005), há questões “político-ideológicas e corporativas” no movimento da reforma psiquiátrica que seria anti-médico e que pretende desmedicalizar as doenças mentais.

O aspecto ideológico e político também é objeto de autores que se mostram favoráveis à transformação do modelo. Vasconcelos & Paulon (2014) apontam que a sobreimplicação militante (que não problematiza, não se avalia), transforma-se num obstáculo para o desenvolvimento dos processos assistenciais, para perceber os problemas e para fazer avançar o processo da reforma. Koda & Fernandes (2007), ao analisarem o período de transição de modelo na cidade de Santos, nos anos 90, apontam a ênfase no discurso político, em que o lugar de técnico se confundia com o lugar de militante do movimento e indicam o esforço em apagar qualquer referência ao manicômio. Se, por um lado, a postura militante desempenha papel importante na coesão grupal, diminuindo as diferenças individuais em torno de um ideal comum por outro, dificulta a percepção e o enfrentamento de crises deixando a própria equipe fragilizada na mudança de processo de trabalho uma vez que “a instituição e os grupos servem de apoio psíquico aos sujeitos”.

Desta forma, oferecer serviços extra-hospitalares não implica necessariamente numa mudança de postura da equipe de saúde frente à loucura. Um serviço extra-

hospitalar multiprofissional pode não funcionar conforme foi idealizado ou pode, ainda, reproduzir a forma de atenção tutelar e excludente, característica das instituições hospitalares (Mondoni & Costa-Rosa, 2010). A proposta de atenção dos CAPS utiliza-se de uma lógica avessa àquela adotada pela psiquiatria asilar, moralista e urbana e aproxima-se dos princípios da reforma sanitária, por caracterizar-se como um serviço que atua “dentro de uma lógica territorial e de forma independente de qualquer estrutura hospitalar” (Menezes e Yasui, 2009). A lógica territorial é fundamental para a compreensão do trabalho em rede afinal,

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (Brasil, 2005, p. 26).

A oferta, distribuição e forma dos serviços são centrais no processo de mudança assistencial e para a crítica de desassistência. Gonçalves, Candiago, Saraiva, Lobato & Belmonte-de-Abreu (2010) apresentaram que no Rio Grande do Sul, apesar de haver um número adequado de CAPS, havia uma distribuição desigual. Em algumas regionais estaduais havia sobreoferta enquanto em outras havia escassez de serviços¹¹. A escassez de oferta de assistência em saúde mental na atenção primária foi apontada ainda por Mari (2011), OMS (2007b) e por Matheus et al (2008) que, além disso, indicaram ainda para a baixa integração entre os CAPS e a atenção primária.

Assim, depois de 10 anos da promulgação da Lei 10216, o Ministério da Saúde

¹¹Cabe apontar que esta análise é quantitativa e não considera a efetividade das ações em direção a propostas de atenção comunitária e de inclusão social.

apresentou a Portaria 3088/2011 que aponta algumas respostas para as críticas e algumas saídas para a Atenção no SUS. Três fatores chamam a atenção nesta composição: a exclusão do hospital psiquiátrico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a nomenclatura dos serviços (não se chamam mais substitutivos) e, por fim, a centralidade do foco na Atenção Psicossocial, sem diferenciação clara para o termo Saúde Mental.

5. Atenção Psicossocial

A proposta de um modelo de atenção que ampliasse a visão biomédica com componentes psicológicos e sociais nasce nos EUA. Desta forma, em sua origem, a terminologia “biopsicossocial” nasce como uma necessidade da Medicina para contrapor o modelo “biomédico”, mas também como uma negação da postura de que a doença mental seria um mito. É uma ampliação, em especial, da compreensão da medicina sobre o sofrimento humano. Baseada neste modelo, a proposta de reabilitação psicossocial é composta por técnicas e objetivos específicos. Observamos em Anthony (1992), que não há uma distinção entre reabilitação psiquiátrica e reabilitação psicossocial no campo teórico ou de atuação.

Não podemos, contudo, igualar esta forma de Reabilitação Psicossocial àquela que se desenvolve no Brasil. Saraceno (1996) apresenta uma noção de Reabilitação Psicossocial que se aproxima deste objetivo. Aluno de Basaglia e Rotelli na Itália, propõe uma forma de atenção coerente que não se limita ao contraponto ou negação da instituição manicômio ou hospitalar; indica a dimensão ética do cuidado em saúde mental, em que se promoveria a cidadania como fator fundamental. “A reabilitação não é um processo para adaptar ao jogo dos fortes, os fracos. Mas pelo contrário, a reabilitação é um processo para que se mudem as regras e os fortes possam conviver e coexistir no mesmo cenário que os fracos” (Saraceno, 1996, p. 151).

Guerra (2004) apresenta a diversidade da aplicação da Reabilitação Psicossocial brasileira quanto ao seu estofo epistemológico: temos a herança basagliana, a esquizoanálise, a psicologia social e a psicanálise utilizadas nesta função. Reúne três modelos epistêmicos para a prática: os psicoeducativos (próximos à proposta estadunidense, calcados na aprendizagem de habilidades e repertório de comportamentos para adequação dos indivíduos ou das famílias); os sócio-políticos,

donde “destaca-se nesse modelo a dimensão política e social do processo reabilitador, orientada pela ideia de uma cidadania possível na psicose” (Guerra, 2004, p. 91); e os de orientação clínica – uma contraposição aos modelos psicoeducativos, dispostos a trabalhar a singularidade e a responsabilização dos sujeitos.

Conforme observamos acima, a Saúde brasileira tem um compromisso com o saneamento de uma dívida social histórica. Esta é uma tendência da produção em Saúde Coletiva na América Latina, na qual promoção à saúde assume o “objetivo de reduzir a desigualdade social e de acesso ao poder” (Campos, 2012, p.46). Desta forma, o modelo de atenção ultrapassa a reabilitação ao realizar uma proposta, para além do recorte técnico, terapêutico, singular e familiar, em direção a construção de uma sociedade com direitos a todos.

A proposição da Atenção Psicossocial aproxima as discussões com referência à posição da Psiquiatria, seus métodos e seu poder, com o movimento político e ideológico que caracteriza a produção científica e técnica em Saúde Coletiva. Propõe serviços com participação comunitária e o compartilhamento da decisão do diagnóstico e da conduta terapêutica com a equipe e, principalmente, com o usuário. Dimenstein (2011) apresenta “diretrizes” para esta prática da Atenção Psicossocial:

1. Diagnóstico precoce e tratamento de transtornos mentais na atenção primária;
2. Estratégias de intervenção à crise, redução de danos, serviços de urgência e hospitalização breve;
3. Experiências diversificadas de dispositivos residenciais e atenção domiciliar;
4. Suporte às famílias e autogestão dos cuidados;
5. Ações intersetoriais de reabilitação e inclusão social (geração de renda e garantia de direitos).
6. Continuidade de cuidados e estratégias multimodais (boas práticas) integrando diferentes dispositivos de cuidado (p. 285).

Observamos também que a forma de Atenção Psicossocial brasileira nasce como oposição, como negação do modelo manicomial: “A Reforma Psiquiátrica tenta dar ao problema uma resposta não asilo-confinante, reduzindo danos e desvantagens sociais que trazem o confinamento associado aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas” (Pitta, 2011, p. 4588). Neste sentido, o objetivo da transformação de modelo seria a reinserção social de quem estava no hospital e perdeu a convivência com

a família e a sociedade (que foi concretizado em ações como, por exemplo, o Programa de Volta para Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT).

Lobosque (2011) indica a necessidade de assumir uma posição interdisciplinar e cultural como um contraponto a sua segmentação e superespecialização que a medicina apresenta atualmente. Desta forma, aponta para a necessidade de reflexão sobre a nossa maneira de pensar para, ao oferecer cuidado, não reduzirmos a experiência ou sofrimento do sujeito “apenas, ou essencialmente, como perturbações cerebrais ou psicológicas” (p. 4599). Dias (2011) percorre caminho similar ao apontar para a necessidade de se realizar uma leitura da experiência psicótica, da sua forma de construção de identidade e de estabelecer relações sociais. Apresenta a função de inserção social exercida pelos CAPS através da estrutura de narrativas dos usuários e discute sua centralidade na vida dos usuários e interroga se a pecha colocada “Usuário do CAPS” potencializa a desqualificação social. A discussão proposta por Dias soma-se àquelas que atribuem a função de inserção social ao CAPS, mas desdobra um ponto qualitativo, o CAPS como um espaço de produção de sentido a experiência. O trabalho de Dias (2011) indica que a Atenção Psicossocial vem sendo estendida além da reinserção social e reabilitação de pacientes asilares. A atenção psicossocial passa a ser utilizada para atenção de pessoas com transtornos mentais que são estigmatizadas e excluídas pela sua forma de se manifestar. O modelo de Atenção Psicossocial, então, se sustenta quando podemos descrever a sua forma de agir sem precisar negar o manicômio. Afinal, a manifestação da psicose e da esquizofrenia causam o estranhamento para o cotidiano de quem não as vivencia e conseqüentemente causam a exclusão e segregação.

A *Atenção Psicossocial* nasceu com práticas interdisciplinares alternativas à hospitalização. Pode ser encarada como uma forma de pôr em prática, de materializar a contraposição ao modelo manicomial, de produzir inclusão e pertencimento, de combater a estigmatização, lançando mão de uma rede territorial e integrada. Entretanto, observamos amadurecimento da proposta quando deixa de se referenciar pelo modelo anterior, biomédico e asilar, e desenvolve estratégias autônomas; quando prescinde do conceito totalizante de “Saúde”, cuja posituação não é clara; e, quando se aproxima da compreensão da loucura como forma de experiência, da leitura própria da vida, e proporciona um lugar de ampliar a compreensão de si. *Atenção Psicossocial* é um

núcleo composto por práticas interdisciplinares direcionadas a quem sofre com transtorno mental. Inclui a identificação do transtorno, estratégias de intervenção, apoio a família e proporciona ao sujeito o desenvolvimento de habilidades para a vida e em sociedade e de uma leitura própria de seu sofrimento, dignificando o sofredor.

Considerações Finais

Ao considerarmos a noção de Saúde Mental, ainda estamos num debate cuja pretensão é a superação da compreensão biomédica. No entanto, não há clareza objetiva do que seria esta superação. Campos (2012) e Almeida Filho (2000) apontam para contradições, avanços e limitações na definição de Saúde e em suas estratégias de ação. Indicam, contudo, que, se o objeto não é claro, há um processo de construção de conhecimento dialético, de avanços e resistências, ampliações e reviravoltas, em que há um processo histórico em jogo. Neste processo, a contraposição à biomedicina é nomeada de biopsicossocial (Engel, 1977). Notamos que a dimensão psicossocial é vista, pela Medicina, como uma abertura da compreensão da Saúde. Se, por um lado, a contraposição à especialização médica é desejada, por outro, para outras áreas de saber, como a Psicologia, a incorporação desta nomenclatura não pode ser feita sem devida reflexão.

Ainda, cabe perguntar, qual a validade para a Psicologia dos aspectos psicossociais como próprios, pois afinal, a ciência psicológica não trata justamente destes aspectos? Não haveria aí, uma contradição *in loco*? Afinal, como já antecipa Velho (1977), é preciso quebrar a “descontinuidade arbitrária entre o ‘psicológico’ e o ‘social’. (...) Mas cumpre enfatizar que o próprio nome da ciência revela sua limitação. Tenho procurado mostrar que *toda psicologia é social* e que esta compartimentação é fonte das distorções apontadas” (p. 27). A incorporação irrefletida resulta, por exemplo, na dificuldade de se perceber e encontrar um lugar para a psicoterapia na política pública (Nicaretta, 2012). O uso do termo psicossocial pode ser encarado como uma abertura à prática interdisciplinar, um caminho para a comunicação entre as disciplinas e profissões. Tanto Atenção à Saúde Mental, como Atenção Psicossocial, incidem na organização da oferta, em compreender o sujeito em seu contexto territorial, com seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais.

Apresentamos a compreensão de que Atenção à Saúde Mental deve possibilitar

que as pessoas desenvolvam seus potenciais, afastando a exclusividade do tema às pessoas enfermas. Nesta medida, consideramos *saúde mental* como um campo de conhecimentos que faz fronteira com a psicopatologia, mas também com a educação, com o trabalho, por exemplo. Se tratarmos de assistência propriamente dita, a Saúde Mental pode ser entendida de forma mais ampla, circunscrevendo práticas de cuidado (Educação em Saúde, Psicoterapia, Acompanhamento Terapêutico, Atenção Psicossocial, entre outros).

A Atenção Psicossocial é uma área mais bem delimitada: trata de transtornos mentais, seja para identificar, cuidar e apoiar, seja para prevenir. Nasce da negação de um modelo manicomial, mas já apresenta autonomia de procedimentos e técnicas. Está baseada na inclusão social pela convivência comunitária e participação social. Observamos, com isso, que Atenção Psicossocial é relacionada às concepções e produções de Saúde Coletiva. Nesta forma de atenção, assume-se o constante trabalho pela desestigmatização, pois se considera que a manifestação da loucura causa estranhamento a quem a desconhece. Esta delimitação nos faz entender a Atenção Psicossocial como um núcleo dentro do campo Saúde Mental.

Deixamos em aberto uma questão sobre a prática clínica que deve ser vista como um desafio a todo profissional. O trabalho em Saúde Mental não deve ser uma simples reprodução da aplicação técnica. Conforme observamos, é custoso ao trabalhador sair da posição que ocupa, tanto para quem tem uma postura conservadora, quanto para quem luta pela transformação do modelo. Delgado (2011) fundamenta a noção de que a postura pessoal é fundamental no processo: “A reforma psiquiátrica necessária só será feita por profissionais e gestores que sejam relíquias e tenham dedicação integral ao semelhante vendo a dor do outro como se fosse a própria dor” (2011, p. 4706). Se apontamos como um avanço da Atenção Psicossocial a compreensão da loucura como forma de experiência, da leitura própria da vida, e proporciona um lugar de ampliar a compreensão de si, precisamos apontar que cabe também ao profissional a disposição de ampliar a compreensão de si. É da escolha emancipatória do profissional que atende, com seus repertórios teóricos, técnicos, práticos e pessoais, que se dá o sucesso ou fracasso, a reprodução ou a alteração do modelo de atenção.

Referências

- Almeida Filho, N., Coelho M.T.A. & Peres M. F. T. (1999). O Conceito de Saúde Mental. *Revista USP*, 43, 100-125.
- Almeida Filho, N. (1992). *A epidemiologia e a Clínica*. Salvador: APCE-ABRASCO.
- Almeida Filho, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3 (1-3), 4-20.
- Amarante, P. D. C. & Rotelli, F. (1992). Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil, In. *Psiquiatria Sem Hospício*. Editora Relume-Dumará. E-book disponível em <http://www.pauloamarante.net/ebooks.php> Acessado em 17/02/2015.
- Amarante, D.C. & Torre, E.H.G. (2000). A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 25(58), 26-34.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Anthony, W. A. (1992). Psychiatric Rehabilitation: Key Issues And Future Policy. *Heath Affairs*, 11(3), 164 -172.
- Anthony, W. A. & Liberman, R.P. (1986). The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542 - 559.
- Arouca, S. (1987). Democracia é Saúde. In. *Anais da 8a. Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria (2014). *Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).
- Barros, J. D. (2011). Paul Ricoeur e a Narrativa Histórica. *História, imagem e narrativas*. No. 12. Disponível em: <http://www.historiaimagem.com.br/edicao12abril2011/edicao12.php>
- Barros, S. & Bichaff, R. (Orgs) (2008) Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo : FUNDAP : Secretaria da Saúde.
- Borges C.F., Baptista T.W.F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública*, 24(2) p. 456-468.

- Brasil (1961). *Portaria no.136 de 10 de agosto de 1961* (Constitui a Comissão Brasileira encarregada de elaborar o pensamento da Psiquiatria Nacional, que deverá ser enviado aos conclave do ano mundial de saúde mental). Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1967). *Decreto 60252 de 21 de fevereiro de 1967* (Institui no Ministério da Saúde a Campanha Nacional de Saúde Mental e dá outras providências). Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (2001). *Lei 10.216 de 6 de abril de 2001* (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental). Brasília: Senado Federal. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (2005). Coordenação de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS, Brasília : Ministério da Saúde.
- Brasil (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Câmara, F. P. (2008). Mortalidade por transtornos mentais e comportamentais e a reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11 (2), 278-285.
- Campos, G. W. S., Chakour, M., & Santos R. C. (1997) Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1) p. 141-144.
- Campos, G. W. S. (1998) O Anti-Taylor sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública* 14(4) pp. 863-870.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (2), 219-230.
- Campos, G. W. S. (2012) Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria paidéia e

- reformulação ampliada do trabalho em saúde. In. Campos, G. W. S. ... [et al] orgs. *Tratado de Saúde Coletiva* – 2a. Edição rev. aum. São Paulo: Hucitec, p. 39-78.
- Campos, G. W. S. (2013) Comunicação Oral. *X Conferência Municipal de Saúde de Curitiba*.
- Costa, A. A. C. F. (2003). Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Em: Brasil (2003), *Direito sanitário e saúde pública* (pp. 135-178). Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde.
- Declaração de Alma Ata (1978). *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm
- Delgado, P. G. G. (2011) Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), 4701-4706.
- Devera D. & Costa-Rosa (2007) A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na prática Revista de Psicologia da UNESP, 6(1) p. 60-79
- Dimenstein, M. (2011) Reforma psiquiátrica: integrando experiências brasileiras e espanholas no cuidado integral e territorializado em saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 16(3), p. 285-288.
- Dias, M. K. (2011). A experiência social da psicose num contexto de um centro de atenção psicossocial. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (4), 2155-2164.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical Model: A challenge for Biomedicine. *Science New Series*, 196 (4286), 129-136.
- Gentil, V. (2006) Entrevista concedida a Mônica Teixeira. *Psiquiatria Hospitalar*, 3 (3) p. 4-14.
- Gondim, D. S. M. (2011). *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos dos Goytacazes – RJ. Inovação ou reprodução do modelo assistencial?* Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Gonçalves, V.M., Candiago, R.H., Saraiva S.S., Lobato, M.I.R. & Belmonte-de-Abreu,

- P.S. (2008). A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32 (1), 16-18.
- Goulart, M. S. B. (2007) *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grob, G. N. (1996). Creation of the Nation Institute of Mental Health. *Public Health Reports*. 111 p. 378-381.
- Guerra, A. M. C. (2004) Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 7(2) p. 83-96
- Guimarães A.N., Fogaça M.M., Borba L.O., Paes M.R., Larocca L.M. & Maftum M.A (2010) *Texto Contexto Enfermagem* 19(2) p. 274-82.
- Hochman, G. (2007) Introdução. In. *Políticas Públicas no Brasil* Hochman, G. Arretche, M. Marques, E. (Orgs). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 13-26.
- Jorge M.A.S. (1997) *Engenho Dentro de Casa: Sobre a Construção de um Serviço de Atenção Diária em Saúde Mental*. Rio de Janeiro : s. n. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre.
- Joint Comission on Mental Illness and Health (1961) *Action for Mental Health: Final Report of the Joint Comission on Mental Illness and Heath* Basic Books Inc. Publishers: New York. In: <http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015012563444;view=1up;seq=6> Acessado em 06/08/2014.
- Kinoshita, R. T. (2001). O outro da reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas. Tese de Doutorado. UNICAMP: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- Koda M.Y. & Fernandes M.I.A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (6), 1455-1461.
- Lobosque, A. M. (2011) Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (2), 4590-4602.
- Mari J. J. (2011). Um Balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (2), 4590-4602.

- Matheus, M.D. Mari J.J. Delgado P.G., Almeida Filho, N., Barrett, T., Gerolin J, Goihman S, Razzouk D, Rodriguez J, Weber R, Andreoli SB, Saxena S. (2008). The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Internacional Journal of Mental Health Systems* 2(1) pp:12
- Menezes, M. e Yasui, S. (2009). O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (1), 117-126.
- Ministério da Saúde (1988) *I Conferência Nacional de Saúde Mental 25 a 28 de junho de 1987 Relatório Final*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde : Brasília
- Ministério da Saúde (1990). *ABC do SUS - Doutrinas e Princípios*. Ministério da Saúde: Brasília.
- Ministério da Saúde (2006). *A construção do SUS – Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Ministério da Saúde: Brasília
- Mondoni, D. & Rosa, A. C. (2010) Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 26 (1), 39-47.
- Nicaretta, M. M. (2012). Desnaturalizando o Fim Social da Psicologia Clínica. In: Adriano F. Holanda (Org). *O campo das psicoterapias: reflexões atuais* (pp. 101-121). Juruá: Curitiba.
- Paim, J. S. & Almeida Filho, Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *N.Rev. Saúde Pública*, 32 (4) p. 299-316
- Paulin, L. F. & Turato E. R. (2004) Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, 11(2) p.241-58.
- Piccinini, W. J. (2001a) Eugenia e Higiene Mental. *Revista de Psiquiatria* Vol 6, no. 9 In <http://www.polbr.med.br/ano01/wal0901.php> Acessado em 06/08/2014
- Piccinini, W. J. (2001b) história da psiquiatria A Psiquiatria Brasileira na década de 60 (II) <http://www.polbr.med.br/ano01/wal1101.php>
- Piccinini, W. J. (2003a) história da psiquiatria Psiquiatria Brasileira: 1960 <http://www.polbr.med.br/ano03/wal0903.php>
- Piccinini, W. J. (2003b) história da psiquiatria Psiquiatria Brasileira: 1962 <http://www.polbr.med.br/ano03/wal1103.php>
- Piccinini, W. J. (2003c). História da psiquiatria: O Ano de 1963 e a Psiquiatria

Brasileira *Psychiatry on line Brasil*

- . Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano03/wal1203.php>
- Pitta, A.M.F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), p.4579-4589.
- Puchivailo, M.C.; Silva, G.B. & Holanda, A.F. (2013). A reforma na saúde mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestaltica* [online]. 19, (2), 230-239.
- Ribeiro S. L. (2004). A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (3), 92-99.
- Saraceno, B. (1996). Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A.M.F. (Org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São Paulo: Hucitec.
- Schneider D.R. Budde, C. Flores, K.C. Pereira, R. Torres, E. L. T. (2013) Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira? *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 20(2) pp.553-570.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1) p.29-41.
- Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA-PR) (2014). Oficinas do APSUS Formação e Qualificação do Profissional em Atenção Primária à Saúde Oficina 8 Saúde Mental. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS - Ed. Permanente/Oficia 8 - Saude Mental/Caderno 08 Saude Mental.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Caderno_08_Saude_Mental.pdf)
- Silva, G. B. (2014). *A Legislação em Saúde Mental no Brasil (1841-2001) – Trajeto da Consolidação de um Modelo de Atenção*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná.
- Vasconcelos, M. F. F. & Paulon, S. M. (2014). Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira. *Psicologia & Sociedade*, 26 (n. esp.), 222-234.
- Velho, G. (1977). O Estudo do Comportamento Desviante: A Contribuição da Antropologia Social. In Gilberto Velho (Org.). *Desvio e Divergência. Uma crítica da patologia social* (pp. 11-28). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- WHO World Health Organization (2007a). *Questions and Answers*. In.

<http://www.who.int/features/qa/62/en/> Acessado em 14/03/2014.

WHO World Health Organization (2007b). *Mental Health System In Brazil*. In.

http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf

Acessado em 17/08/2014.

WHO, World Health Organization (2001) *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde.

PESQUISA QUALITATIVA E FENOMENÓLOGICA EM SAÚDE MENTAL: UMA PROPOSTA DE MAPEAMENTO COMO MÉTODO DESCRITIVO

*Qualitative and Phenomenological Research in Mental Health: a proposed
Mapping as a Descriptive Method.*

Introdução

O modelo de Atenção à Saúde Mental vem sendo discutido no Brasil há pelo menos quatro décadas. Neste processo, foram realizados congressos, experiências, movimentos e publicações sobre diversos temas, entre outros, a noção de transtorno mental, a oferta de serviços e terapêuticas, o modelo assistencial e a promoção de direitos (Amarante, 2007). O marco legal desta discussão pode ser apontado pela Lei 10.216/2001, na qual se redefine o modelo assistencial substituindo a atenção hospitalar por outra territorializada e descentralizada (Brasil, 2001). Esta substituição, entretanto, não se efetivou por completo. Hoje temos a regulamentação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que convive com a atenção hospitalar psiquiátrica. Faz-se necessário, portanto, conhecer essa realidade, como se organiza a Atenção à Saúde Mental em transição, seus entraves e suas potencialidades.

Neste trabalho, apresentaremos uma proposta de pesquisa qualitativa e descritiva, a saber, o Mapeamento. Para este objetivo é preciso refletir sobre as práticas de conhecimento em Saúde e seus alinhamentos teóricos e ideológicos (Almeida Filho, 2000; Ayres, 2007). Desta forma, procuramos nos desvencilhar das práticas de pesquisa em Saúde para as quais a escolha de um objeto é acompanhada de um método que já o conhece e que se dispõem à verificação do mesmo (Giorgi, 1985).

Torna-se, portanto, imperativo discutir o objeto da pesquisa em Saúde e as formas de conhecimento e aproximação deste. Para tanto, discutiremos o objeto da epidemiologia (disciplina eixo da Saúde Pública) e seus desafios contemporâneos com a mudança no perfil da população e seus hábitos; em seguida, abordaremos o conceito de Saúde Mental em sua esfera subjetiva e heurística – o vivido – e sua possibilidade de conhecimento pela pesquisa fenomenológica; e, finalmente, apresentaremos o Mapeamento como forma de pesquisa e conhecimento em Saúde Mental.

1. O Objeto da Pesquisa em Saúde

A proposição de que saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado, como está disposto na Constituição Federal, é resultado de um movimento internacional que teve grande repercussão no Brasil. Este movimento propunha ultrapassar a noção de Saúde como “silêncio dos órgãos”, ou seja, que é composta por determinantes sociais e psicológicos, além dos físicos e biológicos (Scliar, 2007). Esta proposta implica numa ampliação da prática biomédica para uma prática biopsicossocial, acolhendo os cidadãos em suas necessidades globais e relacionais com uma compreensão holística de sujeito (Engel, 1977). Assim, as políticas públicas de Saúde reúnem o desafio contemporâneo de assegurar, não apenas o acesso a serviços de saúde qualificados para toda a população, bem como a identificação dos fatores que colocam em risco a saúde dos cidadãos. Neste sentido, nas últimas décadas, temos observado esforços para que a saúde seja encarada como um direito e para que as práticas dos profissionais de saúde se desalojem do modelo biomédico, ampliando-o.

O novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes (Brasil, 1996).

A ciência epidemiológica reúne condições de identificar condições ambientais e sociais no processo saúde-doença,

(...) em coletividades humanas, analisando a distribuição e fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à Saúde coletiva, propondo medidas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e construindo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de rotina, em consonância com as políticas de promoção da saúde” (Rouquayrol, 2012, p.345).

Esta disciplina caracteriza-se como instrumental fundamental para a organização da Saúde Pública. Historicamente, especialmente a partir do século XVIII, a

epidemiologia surge como método muito eficaz de se trabalhar com a disseminação de doenças, identificar seus ciclos e transmissão. Doenças como varíola, malária e febre amarela foram enfrentadas apoiadas ao pensamento epidemiológico (Carvalho, 2003). O pensamento epidemiológico é capaz de identificar condições sociais que representam risco para a Saúde dos cidadãos. Neste sentido, tem um impacto intersetorial, pois indica mudanças importantes além do setor saúde (como saneamento, habitação, previdência).

As mudanças nos padrões de comportamento da sociedade, especialmente a partir da segunda metade do século XX, influenciam também as necessidades de saúde da população: um declínio das doenças infecciosas é acompanhado de um novo olhar sobre o perfil de morbimortalidade da população com o crescimento de doenças com complexas redes de multicausalidade, com determinantes como a nutrição, o ambiente e os modos de vida (Carvalho, 2003). Aponta-se para uma dificuldade para a epidemiologia uma vez que não se tratam de apenas ciclos de transmissão, mas de doenças com multicausalidade como as doenças crônicas não transmissíveis, e os transtornos mentais, devido a seus determinantes incluem aspectos sociais, pessoais, subjetivos e econômicos. Almeida Filho (2000) indica uma crise em seu objeto, pois a epidemiologia perdeu a “segurança da segurança da doença e da causalidade, da bioestatística e do conceito de risco, da terapêutica precoce e da profilaxia” (p.5).

Segundo Carvalho (2003), a epidemiologia é comumente definida como o “estudo dos determinantes do processo de saúde-doença em grupos populacionais”. Aponta que a discussão de seu objeto está circunscrita na compreensão do que é doença e em sua manifestação no indivíduo e nas populações. Considera as manifestações anatomofisiopatológicas (sinais e sintomas), dentro de padrões razoavelmente estáveis, essenciais para as identificações de doenças e que os aspectos sociais e econômicos são acessórios, intervenientes. Já para Almeida Filho (2000), o “objeto epidemiológico tem sido construído obedecendo a uma lógica conjuntista, pseudo-probabilística, monótona, que não faz justiça à riqueza e complexidade dos fenômenos da saúde” (p. 7); aponta ainda que o objeto-modelo da epidemiologia é generalista. Ao debruçar-se sobre uma população, esta ciência homogeneiza e universaliza seu objeto, ideologizando-o. Indica uma dificuldade metodológica para a Epidemiologia, pois a função de conhecer a

heterogeneidade de uma população é desempenhada pela Clínica ou pelas Ciências Sociais.

Assinala-se a necessidade de se construir outro objeto-modelo para atingir este fim. “O objeto possível da saúde-doença-cuidado é um desses objetos heurísticos complexos, plurais e sensíveis aos contextos, que só se define em sua configuração total, já que a apreensão de cada um dos seus elementos e dimensões não nos dá acesso à integralidade este objeto” (Almeida Filho, 2000, p. 17).

Segundo Ayres (2007), a polarização entre Saúde-Doença como coisas diferentes (Saúde não é doença *versus* Doença não é Saúde; Promoção de Saúde *versus* Prevenção de doenças) obscurece a dimensão positiva de Saúde. Se podemos compreender a manifestação das doenças nos indivíduos com certa regularidade e normatividade, não encontramos a mesma possibilidade na dimensão positiva de saúde. Esta está relacionada ao dinamismo da vida e da busca própria de cada um sobre sua saúde. Isto posto, a questão para a saúde não é apenas escolher um modelo, centrado na doença ou na promoção de saúde, pois elas não estão em planos diferentes. “Trata-se, assim, não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades” (Ayres, 2007, p. 50)

Assim, Saúde é algo que as pessoas reencontram a cada momento que a vida e o novo tencionam, fazendo com que o indivíduo precise se reacomodar. “É a esse processo que está relacionada a abertura relativamente grande do sentido da expressão saúde, que encontramos coletivamente, em diferentes épocas e grupos sociais, e entre os diferentes indivíduos em um dado tempo e local” (Ayres 2007, p. 50). Neste sentido, podemos tomar esta dificuldade de circunscrever o objeto da saúde como um desafio metodológico e encontrar na pesquisa qualitativa uma possibilidade de aproximação.

2. O Objeto da Pesquisa em Saúde Mental

O debate sobre este objeto tem lugar cativo na Saúde Mental, afinal a noção de doença mental e de assistência vem sendo discutida há algumas décadas. A própria compreensão de doença fica em xeque. A própria Atenção à Saúde Mental não serve apenas àqueles que apresentam um quadro sintomático que reúne critérios para identificar uma doença mental, mas a todos que apresentam algum tipo de sofrimento,

passível de um cuidado que se caracterize pela relação intersubjetiva, e que transcenda os aspectos físicos e biológicos como foco.

A pesquisa epidemiológica em Saúde Mental enfrenta alguns desafios e dificuldades ligados aos instrumentos de coleta de dados, e sua validade e confiabilidade. Instrumentos qualitativos, como a entrevista clínica e a observação participante, apesar de apresentarem adequada aproximação ao objeto, são abertos e contam com a participação efetiva do entrevistador/observador, sendo difícil sua padronização e a medição de sua validade. Um instrumento mais pragmático, fechado, de aplicação mais simples permite a medição da validade operativa e se aproxima dos estudos tipicamente epidemiológicos. Porém, estes são baseados em padrões de referência, cuja definição é arbitrária. (Almeida Filho, Santana & Mari, 1988).

Para pesquisa em Saúde Mental com população infanto-juvenil, Fleitlich & Goodman (2000) apontam dificuldades nos procedimentos de coleta como a compreensão das perguntas dos questionários pelos entrevistados, a necessidade de múltiplos informantes e de um método para combinar as informações. Destaca-se “a importância da medida do impacto dos sintomas na vida das crianças e adolescentes” (p.2), indicando que a intensidade das manifestações e dos sintomas é uma questão para a classificação diagnóstica em saúde mental como um todo. Além disso, observamos que a visão – a percepção ou significação – de outras pessoas é um dado relevante sobre a Saúde de um sujeito.

Esta visão encontra amparo na proposta de Amarante (2007), em que Saúde Mental é composta por quatro dimensões: teórico-conceitual, sócio-cultural, jurídico-política e técnico-assistencial. Desta forma, o objeto da saúde mental pode ser abordado pela forma assistencial pesquisando intervenções e seus efeitos, mas que estas carregam em si uma dimensão teórico-epistemológica que precisa ser abordada. Para Almeida Filho, Coelho e Peres (1999) o conceito de saúde mental compreende um objeto que implica “emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, qualidade de redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida. Por mais que decreta o fim das utopias e a crise dos valores, não se pode escapar: o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política” (p.123).

Ayres (2007) aproxima-se desta concepção ao relacionar a prática em saúde com projetos de felicidade; a atenção em Saúde não deve pautar-se num enfoque instrumental para a qual há um sujeito-alvo, mas promover o compartilhamento de ações na qual os sujeitos (profissionais e usuários) possam ser autênticos e encontrarem soluções convenientes para as necessidades de ambos (realização no trabalho e alívio do sofrimento, como exemplo). Felicidade, aqui, aparece como “um ideal eminentemente político. A partir de nossas interações, reconstruímos o tempo todo, histórica e socialmente, os conteúdos concretos do que vamos a cada vez entendendo por felicidade” (Ayres, 2007, p. 56).

Assumimos aqui que, em Saúde Mental, o objeto não pode ser simplesmente a doença ou a manifestação de sintomas, e que há o desafio de se conhecer as outras dimensões que a compõe, além do técnico-assistencial. Ademais, apontamos que ao elegermos um objeto, nos colocamos alinhados a uma estrutura compreensiva ideológica. Não refletir sobre estas questões faz com que a pesquisa recaia numa verificação do objeto já conhecido.

3. A Construção de um Procedimento Fenomenológico e Descritivo

Visto que estamos colocando Saúde Mental como um conceito inapelavelmente político, como “um desses objetos heurísticos complexos, plurais e sensíveis aos contextos” (Almeida Filho, 2000, p. 17) ressaltamos a implicação subjetiva que o compõe. Outrossim, numa pesquisa acadêmica, a definição do objeto da pesquisa reproduz a postura do pesquisador frente à ciência e a produção de conhecimento. Ora, é a pesquisa fenomenológica que envolve “o sujeito do pesquisador, ou seja, o **sujeito-pesquisador**, não apenas pela ótica da participação enquanto intérprete de sentido, mas como engajamento concreto deste no ato de pesquisar, o que implicaria em discutir o sentido da própria escolha de objeto de pesquisa” (Holanda, 2003, p. 175, grifos do autor).

Isto posto, o pesquisador em Saúde Mental, especialmente aquele implicado nos aspectos subjetivos do conceito, precisa conhecer o engajamento em seu ato para não inadvertidamente simplesmente reproduzir um objeto previamente dado. Desta forma, a identificação de nosso conhecimento prévio sobre o objeto de pesquisa serve para “colocá-los entre parênteses”. Para utilizar-se do método fenomenológico:

- 1) O pesquisador deve colocar entre parênteses seu conhecimento prévio pessoal e todo seu conhecimento teórico, não apenas baseado em intuição direta, sem considerar a sua fonte, então toda a atenção deve ser dada ao momento em que o fenômeno se mostra na sua consciência; e
- 2) O pesquisador detém a postulação da existência e realidade do objeto ou estado de relações que está contemplando. O pesquisador utiliza-se do objeto ou evento que está se mostrando mas não deve apresentá-lo como realmente existente da forma como está se mostrando. É para ser visto como fenômeno¹² (Giorgi, 2006, p. 355).

Se, por um lado, temos a necessidade de pesquisa em Saúde que promova “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis” (Declaração de Alma Ata, 1978); por outro, precisamos refletir sobre a fundamentação destas ações e de seus objetos para que a saúde não seja uma prática irrefletida de modelos. Neste sentido, uma contribuição da pesquisa qualitativa fenomenológica é a aproximação do caráter heurístico de seu objeto e esclarecimento do conceito que baliza as ações do setor Saúde.

Nesta proposta de pesquisa procura-se conhecer o campo antes de estabelecer um método. Afinal, é necessário ir ao campo com o olhar livre antes de eleger um método que sirva como uma lente que mostra apenas o que o método consegue enxergar. Em outras palavras, procuramos adequar o método ao objeto, e não o objeto ao método; dando, assim, primazia ao objeto e a seu contexto, e não uma pré-delimitação metodológica em detrimento dos aspectos dinâmicos da pesquisa.

Desta forma, coloca-se uma tarefa descritiva. Apresentada por Wilhelm Dilthey (2002 [1894]), a *descrição* para as ciências do espírito (posteriormente conhecidas como ciências humanas e sociais) difere das ciências da natureza, pois seus pontos de

¹² 1) The researcher has to bracket personal past knowledge and all other theoretical knowledge, not based on direct intuition, regardless of its source, so that full attention can be given to the instance of the phenomenon that is currently appearing to his or her consciousness, and (2) the researcher withholds the positing of the existence or reality of the object or state of affairs that he or she is beholding. The researcher takes the object or event to be something that is appearing or presenting itself to him or her but does not make the claim that the object or event really exists in the way that it is appearing. It is seen to be a phenomenon. *Tradução nossa.*

conexão não se dão pela interpretação dos fatos físicos. A conexão em Psicologia é dada a partir de dentro, de forma heurística. A descrição é o primeiro passo para a atitude compreensiva de um processo vivido. Dilthey (2002 [1894]) aponta para uma característica fundamental dos processos psíquicos e subjetivos: a vivência. Este conceito é fundamental para o trabalho da pesquisa sobre aspectos subjetivos, pois é a principal diferença para os processos de conhecer aspectos físicos. Enquanto estes são percebidos pelos sentidos e operados intelectualmente, a vivência nos é imediatamente dada. Por *vivência* compreendemos “tudo aquilo que chega com tal imediatez a meu eu, que entra formando parte dele (...) como o corpo físico é uma unidade de átomos, também o eu ou o corpo cômico é uma unidade de vivências” (Ortega y Gasset, 2011[1913], p 222).

Para realizar a atividade descritiva,

(...) o pensar psicológico articula e distingue a partir da conexão dada. Ao serviço desta actividade descritiva estão as operações lógicas do comparar, do distinguir, do apreciar graus, da separação e união, da abstracção, da junção de partes num todo, da derivação de relações uniformes a partir de casos isolados, da análise de processos singulares, da divisão” (Dilthey, 2002 [1894], p. 59).

Entendemos aqui a constituição e efetividade da Atenção a Saúde Mental e de sua rede de serviços como um fenômeno de interlocução do humano – que incluem aspectos históricos, sociais, culturais, políticos, de poder, enfim, toda possibilidade de interação –; assim, a descrição da oferta de atenção envolve os processos de sofrimento e adoecimento, de cuidado (tratamento, acompanhamento, orientação, acolhimento, etc.) e as relações interpessoais que promovem saúde. Tratamos, portanto, a composição da rede como um processo vivido, passível de descrição e análise qualitativa (Holanda, 2003).

Apresentamos a noção de que serviços de saúde não devem ser compreendidos apenas pela sua estrutura física e designação legal, mas, igualmente, pelas relações e trocas realizadas pelas pessoas que os compõem. Assim, entendemos a rede de serviços de saúde como lugares de interlocução do humano e sustentados por esta interlocução. Neste caso, a vivência de oferecer atenção à saúde mental num sistema que está em transição de modelo e que duas formas distintas convivem lado a lado. Desta forma, ao

perguntarmos, por exemplo, a profissionais como se realizam as ações de Saúde, elas serão apresentadas a partir de “conteúdos reais imediatos, dados perceptivos, representativos e ideativos, emoções, sentimentos e decisões, as experiências de êxtase, dúvidas e ímpetos, enfim todos os acontecimentos que se entrelaçam numa 'corrente de vivências'” (Holanda, 2003, p 172), passíveis de serem descritos e analisados fenomenologicamente.

5. Mapeamento

O mapeamento, como forma de pesquisa, tem uma amplitude importante de formas, objetivos e profissionais que dele se utilizam. Uma primeira ideia que nos surge está ligada a elementos territoriais: um mapa é o meio pelo qual podemos ver o mundo ou uma representação dele. Se tomarmos como exemplo o mapa físico de um território, podemos identificar os rios que o cortam, as casas que lá estão, sua topografia. É interessante notar que é preciso de um mapa diferente para cada um destes objetivos, etc. Se todas as informações ficarem sobrepostas no mesmo mapa, teremos alguma dificuldade de interpretá-lo.

Para além da representação de terrenos, o mapeamento é utilizado por diversas áreas das ciências humanas e da saúde. Santos & Santos (2013) chamaram de mapeamento uma pesquisa censitária em terreiros na Bahia que serviu como base para análise da dinâmica de terreiros; Raymundo, Kuhnen & Soares (2011) chamaram de mapeamento um estudo que descreve comportamentos de crianças na escola e identifica categorias comportamentais; na perspectiva da sociologia do conhecimento, Pohlmann, Bär & Valarini (2014) procuram mapear instituições normativas e cognitivas, identificar estas regras para interpretá-las e analisá-las.

Em Saúde, há grande variedade de utilização de mapeamentos: por enfermeiros, para identificar e comparar as linguagens empregadas em prontuários com o objetivo de organizar e padronizar as informações (Nonino & Carvalho, 2008); pela epidemiologia, para identificação das doenças num território e georreferenciamento dos dados (Werneck, 2008); por geógrafos, para identificação de áreas de risco à Saúde por contaminação em determinados solos (Lourengo & Landim, 2005); em Saúde do Trabalhador, para identificar riscos e traçar estratégias para combater a morbimortalidade de trabalhadores (Vasconcellos & Ribeiro, 1997). Ainda em Saúde,

podemos apontar as práticas em Vigilância, como uma forma de identificar os objetos geográficos, o fluxo das ações e dos laços pessoais que estabelecidos compõem um território (Monken & Barcellos, 2005). Oliveira et al (2011), mapearam o fluxo de pacientes com câncer de mama, das internações e dos atendimentos ambulatoriais. Identificaram as redes e apresentaram o mapeamento como ferramenta com aplicação importante no planejamento e na melhoria da distribuição dos serviços.

O mapeamento participativo surge como uma estratégia para o planejamento e ações da Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir deste método, é possível identificar as necessidades de saúde da população e trabalhar o vínculo e os laços com a equipe de saúde (Pessoa, Rigotto, Carneiro & Teixeira, 2013). Goldstein, Barcellos, Magalhães, Gracie & Viacava (2013) apresentaram proposta similar de mapeamento participativo, combinando cartografia e participação social. Apontam a otimização da comunicação entre a equipe e a relevância das subjetividades presentes no processo de saúde.

O mapeamento é utilizado quando não se tem uma noção do todo e é preciso conhecer o objeto de estudo, identificar os pontos centrais para a pesquisa ou para intervenção em Saúde. Identificação de pontos centrais e análise permeiam estas formas de mapeamento. Importante notar que sua utilização vai além da simples descrição local ou identificação de doenças. É utilizado para conhecer comportamentos, compreensões e relações sociais. O mapeamento é encarado como “um instrumento de análise, interpretação, comunicação e construção de cenários” (Goldstein, Barcellos, Magalhães, Gracie & Viacava, 2013, p. 55).

6. O Mapeamento como Método Descritivo em Saúde Mental – uma Proposta.

Com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em andamento, ao mesmo tempo em que a estrutura hospitalar psiquiátrica continua disponível, é mister conhecer como se organiza a assistência em Saúde Mental, como se dá a participação de todos os seus atores (gestores, trabalhadores, familiares e usuários) posto que em cada município ou localidade esta construção se dá de forma diferente, em seus contextos históricos, econômicos e sociais. Ou, conforme a saída semântica encontradas em

Ballarin et al (2011), é preciso conhecer como se formam arranjos assistenciais, singulares em cada localidade.

A Atenção à Saúde Mental é formada pela disposição legal, pela implementação de serviços pelos gestores e pela atuação dos profissionais (com seus repertórios teóricos, técnicos e pessoais). A legislação regulamenta a oferta, a gestão e o financiamento dos serviços. A gestão é responsável pela execução e pela estrutura administrativa que sustenta os serviços. Os profissionais operacionalizam a comunicação e interação entre os serviços, a atenção e o cuidado dos usuários. É nesta interlocução realizada pelos profissionais entre si e com os usuários que está a atividade clínica. É esta interlocução, vivida e experienciada, que poderá ser descrita para compreendermos e mapearmos a estruturação, os arranjos, da Rede de atenção à Saúde Mental.

A partir da noção de objeto apresentada, pretendemos afastar a avaliação simplista de verificar se a rede (nosso objeto) está ou deixa de estar dentro do previsto nas portarias ministeriais, mas, enfim, revelar como está sendo criada, usada, sentida e percebida por quem a compõe.

Num primeiro recorte, a entrevista semi-estruturada surge como um instrumento viável de coleta de dados, pois permite que o pesquisador oriente seu interesse nos dados colhidos, mas oferece também ao entrevistado liberdade para estruturar sua forma de pensamento e sua experiência (Bleger, 2007). A entrevista pode ser encarada como um veículo de comunicação através do qual é possível expressar a experiência consciente, sendo esta entendida como “(...) um ato comunicativo de um corpo situado em um determinado ambiente. A mensagem que expressa traz a peculiaridade de um mundo vivido. O interesse das nossas investigações é captar esta mensagem, este mundo vivido” (Gomes, 1997, p. 321).

Segundo Gomes (1997), a participação do entrevistador é fundamental para o desenvolvimento da entrevista. A consciência do pesquisador que se expressa pela elaboração do roteiro, “(...) modifica-se, amplia-se, atualiza-se na interação com o entrevistado. O movimento corretivo é possível pela reversibilidade das percepções e expressões do entrevistador e do entrevistado. O entrevistador deixa-se conduzir pela expressão do entrevistado e oferece suas percepções, reduzidas na expressão, para serem especificadas pelo entrevistado” (Gomes, 1997, p. 322).

Apontamos que os procedimentos de entrevistas podem ser registrados com facilidade com gravadores ou mesmo filmagem. Indicamos a possibilidade de encontrar outras formas para coletas de dados como estratégias vivenciais (como grupos focais) ou projetivas em que o pesquisador possa ter contato com as vivências dos participantes da sua pesquisa. A utilização de escalas e questionário fechados deverá ser bem observada para que não se perca a interação, afinal, é daí que se extrai o produto qualitativo. Entretanto, pode ser uma boa ferramenta complementar a técnicas expressivas.

Como método de análise, utilizamos a proposição de fenomenologia-empírica de Amedeo Giorgi (1985), que conta com quatro passos essenciais: a leitura de toda a transcrição para se obter uma noção geral do todo o conjunto de declarações; em seguida, o pesquisador relê novamente, desde o começo, com o objetivo de discriminar as “unidades de significado”, através da perspectiva psicológica com o foco do fenômeno que se pesquisa. Com as unidades de significado delineadas, o pesquisador expressa a compreensão psicológica contida nelas; por fim, o pesquisador sintetiza todas as unidades de sentido numa descrição consistente das experiências daqueles sujeitos. Indicamos assim a necessidade de privilegiar, neste método, a prática descritiva em que se baseará a análise conseguinte.

Considerações Finais

As formas de vida contemporânea impõem um limite prático à perspectiva biomédica (e seu objeto-modelo de Saúde), pois possuem determinantes subjetivos. Além disso, é necessário depurar a compreensão de Saúde para que seja possível promovê-la, para apresentarmos uma alternativa ao modelo biomédico e superar a referenciação apenas pela doença; e para passarmos a conhecer *Saúde* é preciso conhecer a vivência e experiência de quem faz parte desta ação: usuários e profissionais.

Se por um lado a pesquisa biomédica em Saúde apresenta avanços importantes e necessários, em especial ligados questões tecnológicas, por outro, Saúde implica uma esfera heurística cuja aplicabilidade não é direta e requer reflexão e posicionamento. Indicamos um limite na construção de conhecimento em Saúde e uma possibilidade de construção.

A produção de conhecimento implica no desenvolvimento de métodos qualitativos que possam captar a parcela subjetiva de Saúde. Neste sentido, é preciso reconhecer que o seu objeto não é alheio ao pesquisador ou ao profissional de Saúde e, assim, passível de ser conhecido pelas ciências humanas e pela pesquisa fenomenológica.

A experiência vivida pelos atores da Saúde (gestores, usuários e trabalhadores), tomada como objeto de pesquisa, investigada de forma coerente e rigorosa, oportuniza o conhecimento crítico, e a humanização das práticas em Saúde. Não pleiteamos uma competição entres os métodos de conhecimento, mas destacamos a complementaridade para se compreender este fenômeno multifacetado que é a Saúde.

Finalmente, o Mapeamento como perspectiva qualitativa e fenomenológica, surge como uma forma de pesquisa suficiente, não uma avaliação taxativa e pragmática para a Atenção em Saúde, mas para conhecer o que se faz, como se faz e o que se compreende por necessário em Saúde Mental.

Referências

- Almeida Filho, N., Santana, V. S., Mari, J.J. (1988) *Princípios de epidemiología para trabajadores de salud mental*. Montevideo: Graphis.
- Almeida Filho, N. (1992). *A epidemiologia e a Clínica*. Salvador: APCE-ABRASCO.
- Almeida Filho, N., Coelho M.T.A. & Peres M. F. T. (1999). O Conceito de Saúde Mental. *Revista USP*, 43, 100-125.
- Almeida Filho, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3 (1-3), 4-20.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C M. (2007) Uma concepção hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 43-62.
- Ballarin M.L.G.S; Carvalho F.B.; Ferigato S.H.; Miranda I.M.S. & Magaldi C.C. (2011) Centro De Atenção Psicossocial: Convergência Entre Saúde Mental e Coletiva. *Psicologia em Estudo*, 16 (4), 603-611.
- Brasil (1996). Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.203, de 11 de novembro de 1996*. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB/96), a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Bleger J. (2007). *Temas em Psicologia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Carvalho, D. M. (2003) Epidemiologia – História e Fundamentos. In: Medronho, R. A. ... [et al] (2003) *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu.
- Declaração de Alma Ata (1978). *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm
- Dilthey, W. (2002 [1894]) *Psicologia e Compreensão. Ideias para uma psicologia descritiva e analítica*. Lisboa: Edições 70.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical Model: A challenge for Biomedicine.

- Science New Series*, 196 (4286), 129-136.
- Fleitlich B. W. & Goodman, R. (2000) Epidemiologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22(Supl. II) p. 2-6.
- Giorgi, A. (1985). Sketch on a Psychological Phenomenological Method. In: Amedeo Giorgi (Org.). *Phenomenological and Psychological Research* (pp. 8-22). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2006). Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), 353-361.
- Gomes, W. B. (1997). A entrevista Fenomenológica e o Estudo da Experiência Consciente. *Psicologia USO*, 8(2), 305-336.
- Goldstein, R.A., Barcellos, C., Magalhães, M.A.F.M., Gracie, R. & Viacava, F., (2013). A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 45-56.
- Holanda, A. F. (2003). Fundamentação Fenomenológica da Pesquisa do Vivido. In: I.I. Costa, A.F. Holanda, F. Martins & M.I. Tafuri (Orgs). *Ética, Linguagem e Sofrimento*, Brasília: Abrafipp.
- Monken M, Barcellos C. (2005) Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas metodológicas. *Cad Saúde Pública* 21(3) p. 898-906.
- Nonino, F. O. L. e Carvalho, E. C, (2008). A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa enfermagem: uma revisão da literatura. *Rev. bras. Enferm.* 61 (6) p. 872-877.
- Oliveira, E.X.G. et al (2011) Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad. Saúde Pública* 27 (2) p. 317-326
- Ortega y Gasset, J. (2011[1913]) Sobre o conceito de sensação. *Revista da Abordagem Gestáltica* XVII(2), p. 217-223.
- Paraná, (2011) Decreto 2037 de 20 de julho de 2011(Instituído o Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental). Curitiba: Secretaria de Assuntos Estratégicos. Disponível em: <http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=61103&codTipoAto=&tipoVisualizacao=original>

- Pessoa, V.M., Rigotto, R.M., Carneiro, F.F., & Teixeira, A.C.A., (2013). Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), p. 2253-2262
- Pohlmann, M., Bär, S., & Valarini, E., (2014). The analysis of collective mindsets: introducing a new method of institutional analysis in comparative research. *Revista de Sociologia e Política*, 22(52), 7-25.
- Raymundo, L.S.; Kuhn, A.; Soares, L.B. (2011) Mapeamento comportamental: observação de crianças no parque da pré-escola. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto. 21 (50) pp. 431-435.
- Rouquayrol, M. Z. (2012) Contribuição da epidemiologia. In. Campos G.W.S. ... [et al] (2012) *Tratado de Saúde Coletiva*. 2a. Ed. Rev. aum. São Paulo : Hucitec.
- Scliar, M. (2007) História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1) p.29-41.
- Santos, J.C. & Santos, L.C.C. (2013) "Pai de santo doutor": escolaridade, gênero e cor nos terreiros baianos. *Afro-Ásia*. 48 [online] p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0002-05912013000200006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0002-0591. <http://dx.doi.org/10.1590/S0002-05912013000200006>
- Vasconcellos, L.C.F., & Ribeiro, F.S.N., (1997). Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2), 269-275.

MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO LITORAL DO PARANÁ

Mapping out the Mental Health Attention Network of the Coast of Paraná State

Introdução

A Atenção a Saúde Mental no Brasil tem sofrido mudanças relevantes nas últimas décadas, especialmente após a promulgação da Lei 10.216, em 2001. A movimentação social para essas mudanças ocorreu a partir do final da década de 70 com o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e na reforma sanitária (e nos princípios do SUS) que preconiza um tratamento territorializado, descentralizado, de caráter comunitário e que promova cidadania (Amarante & Torre, 2000; Devera & Costa-Rosa, 2007; Pitta, 2011).

Estas mudanças acontecem de forma gradual e vem se implementando com a abertura de serviços de atenção a SM, substitutivos ao hospital psiquiátrico. Ao final da década de 80, observamos as experiências pioneiras em Santos e São Paulo com uma proposta inovadora de Atenção Psicossocial (Amarante & Torre, 2000). A partir da década de 90, legislações, regulamentações e novas propostas de serviços foram realizadas até a mais atual (Devera & Costa-Rosa, 2007), a Portaria 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Brasil, 2011).

Entretanto, a substituição de modelo de atenção não é consenso. Alguns setores da sociedade defendem a manutenção de um dispositivo como um hospital especializado em psiquiatria (ABP, 2014). Desta forma, a RAPS convive com os hospitais psiquiátricos. A substituição da rede hospitalar pelas de atenção local e territorial não seguiu um fluxo objetivo de planejamento e varia de acordo com cada localidade.

Não é possível, portanto, afirmar que há uma padronização da oferta de serviços ou uma forma geral de fazer a assistência. A própria forma da proposta de Atenção Psicossocial que prevê inserção comunitária e ajustamento às necessidades dos usuários necessita de soluções diferentes para populações diferentes com necessidades específicas.

Desta forma, esta pesquisa propôs-se a ir a campo conhecer e descrever a composição da Rede de Atenção à Saúde Mental numa região específica, a 1ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Para tanto, foi realizado o mapeamento da rede de serviços, dispositivos e profissionais desta regional.

Método

Para esta pesquisa utilizamos o mapeamento descritivo com o objetivo de conhecer e compreender a disposição da atenção, os serviços, os dispositivos e os profissionais da 1ª Regional. Nosso ponto de partida foi a aproximação do Comitê Intersetorial de Saúde Mental da Região em que se reúnem mensalmente os profissionais dos serviços da rede de atenção a saúde da região do litoral.

A Atenção à Saúde Mental é formada pela disposição legal, pela implementação de serviços pelos gestores e pela atuação dos profissionais (com seus repertórios teóricos, técnicos e pessoais). A disposição legal regulamenta a oferta, a gestão e o financiamento dos serviços. A gestão é responsável pela execução e pela estrutura administrativa que sustenta os serviços. Os profissionais operacionalizam a comunicação e interação entre os serviços, a atenção e o cuidado dos usuários. É nesta interlocução realizada pelos profissionais entre si e com os usuários que está a atividade clínica. Esta interlocução, vivida e experienciada, será descrita para compreendermos e mapearmos a Rede de Atenção à Saúde Mental na região do litoral. *Rede* aqui é compreendida como um processo vivido, não apenas a designação legal dos serviços e suas funções.

Este mapeamento pretendia chegar a todos os serviços que realizam atenção à Saúde Mental (em todos seus níveis: atenção primária, secundária e terciária em saúde, além dos serviços de outros setores), porém a execução desta metodologia mostrou-se inviável no período disponível. Desta forma, decidiu-se realizar a pesquisa com os profissionais dos serviços referência à Saúde Mental de cada município que compõe o litoral. Conforme exposto acima, a perspectiva de entrevistar profissionais de todos os serviços referência para Saúde Mental da região nos permitirá mapear os serviços, os dispositivos e os profissionais que compõem a rede de Atenção a Saúde Mental da região, construindo assim um panorama da realidade objetiva desta atenção.

Escolhemos a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados, pois esta permite que o pesquisador oriente seu interesse nos dados colhidos, mas oferece também ao entrevistado liberdade para estruturar sua forma de pensamento e sua experiência (Bleger, 2007). A entrevista pode ser encarada como um veículo de comunicação através do qual é possível expressar a experiência consciente, sendo esta entendida como “(...) um ato comunicativo de um corpo situado em um determinado ambiente. A mensagem que expressa traz a peculiaridade de um mundo vivido. O interesse das nossas investigações é captar esta mensagem, este mundo vivido” (Gomes, 1997, p. 321).

As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade dos serviços e seu conteúdo foi gravado e transcrito. Como método de análise, utilizamos a proposição de fenomenologia-empírica de Amedeo Giorgi (1985), que conta com quatro passos essenciais: a leitura de toda a transcrição para se obter uma noção geral do todo o conjunto de declarações; em seguida, o pesquisador relê novamente, desde o começo, com o objetivo de discriminar as “unidades de significado”, através da perspectiva psicológica com o foco do fenômeno que se pesquisa. Com as unidades de significado delineadas, o pesquisador expressa a compreensão psicológica contida nelas; por fim, o pesquisador sintetiza todas as unidades de sentido numa descrição consistente das experiências daqueles sujeitos.

Para estruturação da entrevista levamos em consideração quatro aspectos: as características dos profissionais (idade, sexo, formação, tempo de formação, tempo no serviço, cargo, locais de trabalho), as formas de comunicação e interação com outros serviços, grupos e instituições (encaminhamentos, reuniões, matriciamento, telefonemas, etc.); a atenção ofertada pelo serviço que atua (atendimentos, grupos, oficinas, etc.) e a atenção em situações de crise vividas pelos usuários (onde e como são trabalhadas).

As entrevistas foram realizadas entre junho e outubro de 2014, com vinte e sete (27) profissionais (8 psicólogos, 4 assistentes sociais, 4 terapeutas ocupacionais, 3 enfermeiras, 3 psiquiatras, 2 técnicos em enfermagem, 1 oficineira, 1 pedagoga e uma estagiária de serviço social) de 6 serviços (4 CAPS I, Ambulatório de Saúde Mental e um Hospital). Na amostra, não foram entrevistados 4 profissionais: três (Enfermeira, Psicóloga e Oficineira) por não estarem presentes no dia da visita dos pesquisadores e

uma psicóloga que começava as atividades no serviço exatamente no dia da visita. Os serviços possuem profissionais para as funções administrativas e de serviços gerais que não estão presentes na amostra.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná – SCS-UFPR, sob o protocolo 25380113.6.0000.0102. A coleta de dados contou com a participação de mestrandos do programa de pós-graduação em Psicologia da UFPR e alunos de graduação em Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe (PR) e da UFPR.

1. Apresentação da Região

O encontro com os profissionais de Saúde Mental da 1ª Região foi a oportunidade para a realização da presente pesquisa. A partir deste encontro foi verificada a motivação comum entre os trabalhadores e os pesquisadores. Os trabalhadores da região se reúnem mensalmente no Comitê Regional Intersetorial de Saúde Mental, na Sede da 1ª Regional, situada em Paranaguá. A primeira Regional de Saúde, disposta pelo Plano Diretor de Regionalização (SESA, 2009), é composta pelos seguintes municípios e suas respectivas populações (Tabela 1):

Tabela 1 – Municípios e População da 1ª Regional de Saúde/PR

Município	População
Antonina	18.891
Guaraqueçaba	7.846
Guaratuba	32.013
Matinhos	29.172
Morretes	15.712
Paranaguá	136.911
Pontal do Paraná	20.839

Fonte: IBGE, 2010

O Comitê faz parte da política estadual de saúde mental, e é regulamentado pelo Decreto no. 2.037/2011¹³. O Decreto cria o Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental, instituindo-o na secretaria Especial para assuntos estratégicos e é composto pelas Secretarias Estaduais de Saúde; Educação; Trabalho e Desenvolvimento Social;

¹³ Foi a revogado e substituído pelo Decreto 673/2015, com o mesmo teor.

Justiça, Cidadania e Direitos Humanos; e de Segurança Pública. Sua estrutura é reproduzida de forma regional e segue a divisão regional da Saúde para a implementação de núcleos regionais. Na região do litoral, o Comitê reúne-se mensalmente e é composto por serviços de saúde, educação e assistência social dos municípios do litoral, com maior presença dos serviços de Paranaguá.

Nossa pesquisa, que objetivava mapear os profissionais, dispositivos e serviços da rede, tomou como base os serviços referência em Saúde Mental para cada município, entendendo que estes teriam contato com os demais serviços que atendem à população com transtorno mental. Dois municípios não possuem serviço de referência para Saúde Mental e, apesar de convocados, não participavam das reuniões do comitê. Desta forma, os serviços pesquisados, que pertencem aos demais municípios serão apresentados a seguir. Para resguardarmos a privacidade e confidencialidade dos dados, não identificaremos os serviços pelos nomes, mas por códigos.

A estrutura física varia entre os serviços apenas um destes serviços funciona de maneira provisória: um CAPS que funciona dentro de um pronto socorro. Encontramos um CAPS com sede numa casa na região central da cidade e um segundo que funciona num espaço policlínico em que é possível notar, pelas instalações, que foi projetado com outra função de saúde. O último CAPS funcionava onde antes funcionava uma creche. Estas três estruturas estão bem adaptadas para as atividades do CAPS. As instituições hospitalares possuem estrutura adequada, com internação, sala de espera e salas de consulta.

Apesar de não termos encontrado representantes de dois municípios nas reuniões do Comitê que participamos, fomos informados de que os municípios recebiam suas convocações para comparecimento. Desta forma, entramos em contato com os representantes indicados pela responsável pelas reuniões do comitê. No primeiro, não conseguimos a efetivação do contato com o profissional de referência para o Comitê. Há a previsão de dois leitos destinados a saúde mental no hospital local, mas não houve relatos de que já estão disponíveis na prática. Já no segundo município, fomos recebidos pelo profissional de referência para o Comitê. O profissional nos apontou que, em 2002, o município elaborou um projeto para abertura de um CAPS, que foi aprovado pelo Ministério da Saúde, em 2005, mas que então não houve interesse da gestão na execução do projeto. Relatou que a assistência para as pessoas com transtorno mental

era realizada em Curitiba, no Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM). A partir de 2012, este centro cessa os atendimentos e o município ficou sem referência especializada. Segundo a profissional, uma pessoa com transtorno mental é acompanhada pela ESF do município, mas em caso de crise é necessário entrar em contato com a Central de leitos para internação. O município tinha uma previsão de abertura de CAPS para o dia 27/10/2014.

2. Os profissionais da Saúde Mental

Os profissionais participantes da pesquisa são, em sua maioria, do sexo feminino (78%), oriundos de seis áreas de ensino superior e duas de nível médio. Notamos que 44% (12 profissionais) realizaram curso de pós-graduação na área de saúde mental. A maior parte dos profissionais é adulto jovem (20-29 anos) ou adulto (30-49 anos). Apesar de a grande maioria (19 ou 70%), ser graduado a mais de 6 anos, 15 (62%) deles estão a menos de dois anos nos serviços. Este curto período de tempo de inserção nos serviços pode ser atribuído à recente inauguração da maioria dos equipamentos (conforme Tabela 2). Porém, nota-se que no CAPS I B e D houve trocas recentes na equipe.

Tabela 2 – Inauguração e equipe

Serviço	Inauguração	Profissional mais antigo
CAPS I B	2007	Desde 2012
Hospital F	2010	Desde a inauguração
CAPS I A	2011	Desde a inauguração
CAPS I D	2012	Julho 2013
CAPS I C	2013	Desde a inauguração
Ambulatório E	2014	Desde a inauguração

A maioria dos profissionais (16 ou 59%) trabalha exclusivamente nos serviços pesquisados. Aqueles que possuem outros vínculos trabalham em consultórios particulares, outros serviços de saúde ou comunidades terapêuticas e um profissional atua com professor no Ensino Superior. Todos os profissionais psiquiatras trabalham em outros serviços. Diferentemente das outras profissões, os psiquiatras trabalham em mais de um dos serviços pesquisados, assim, o psiquiatra do Ambulatório E é o mesmo do CAPS D, e o psiquiatra do CAPS A é o mesmo do CAPS B e Hospital F (além de realizar consultas nos ambulatórios de Saúde Mental de dois municípios).

3. O público dos serviços e suas necessidades específicas - “O paciente que é de CAPS”

Os serviços pesquisados têm a abrangência de público diversa e heterogênea com necessidades específicas e diferentes. A previsão de acolhimento de diferentes públicos faz com que os serviços precisem de estratégias para cada um, respeitando e cuidando de suas diferenças.

O Hospital F é referência para internações de casos de transtornos mentais de pessoas em crise. Em algumas ocasiões vêm encaminhados pelos CAPS, especialmente o que está situado no mesmo município, em outras, os pacientes em crise chegam trazidos por alguém ou pelo SAMU. De maneira destacada em relação aos outros serviços, a frequência de chegada de casos de tentativa de suicídio foi ressaltada pelos profissionais. O Ambulatório E tem previsão de acolher todos os públicos, podendo ser acolhidas pessoas que procuram o serviço espontaneamente ou encaminhadas. Seu funcionamento ambulatorial com hora marcada é bastante eficaz para a organização dos públicos e das demandas.

Os Centros de Atenção Psicossocial tipo I, regulamentados pela Portaria 336/2002, são previstos para município com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes. Segundo o texto, a modalidade I é aquela com menor complexidade de atenção e indicada para cidades de menor porte. No entanto, a previsão de atenção diversos públicos é um desafio para as equipes, afinal, o serviço é referência para pessoas com transtorno mental, usuários de álcool e outras drogas, além de crianças e adolescentes. Cada público tem necessidades específicas que precisam ser trabalhadas de forma diferente. Ao CAPS, cabe organizar sua assistência de acordo com estas demandas e com sua capacidade de trabalho. Observamos que cada um dos CAPS conta com momentos de estruturação distintos e com rede de apoio variável, dependendo do município. Neste sentido, o acolhimento dos diversos públicos pelo CAPS está conectado à forma de assistência pensada para toda a rede.

No município do CAPS B, a entrada para a atenção especializada em Saúde Mental se dá tanto pelo CAPS quanto pelo Ambulatório de Saúde Mental. Enquanto a atenção de crianças, adolescentes e adultos com transtorno mental é mediada pelo ambulatório os usuários de álcool e outras drogas são atendidos prontamente pelo CAPS.

“A gente determinou que os pacientes com problemas de álcool e drogas tem porta aberta por uma questão da demanda ser muito grande também em transtorno mental. A gente não tem fôlego para atender todo mundo. Então ele passa por uma triagem no ambulatório. Se tiver vaga a gente já atende no CAPS, se não tiver ele é mantido no ambulatório até abrir vaga (...). Mas dependência química é porta aberta (...).” (P21)

No município do CAPS C, os profissionais enfatizaram que o CAPS recebe apenas os usuários com transtorno mental severo por dois motivos: a capacidade provisória de atenção e pela necessidade de disciplinar a rede a reconhecer e acolher os casos que podem ser atendidos pela Atenção Primária. Desta forma, os casos de pacientes que não precisam de atenção especializada são encaminhados para as Unidades de Saúde. A proposta é implantar de forma efetiva a RAPS, conforme a portaria 3088, desta forma, o CAPS inicia seu trabalho com o compromisso de mobilizar os outros pontos da rede.

“O CAPS saiu daquele um pouco daquele centro em que tudo era encaminhado para o CAPS, à atenção primária é usada para transtorno leve e moderado. Se é um severo, aí a própria unidade encaminha para a gente. Estamos tentando afinar estes ponteiros aí. Inclusive estamos tentando redigir um documento, um padrão de severidade, para o médico saber se é severo ou não”. (P26)

Já os casos de álcool e outras drogas, o CAPS acolhe, avalia as necessidades do usuário e agenda a consulta com o psiquiatra e a participação na atividade de grupoterapia ofertada pelo serviço. Os casos de crianças e adolescentes são avaliados e a sequência do atendimento depende dos recursos que o Serviço dispõe: se é possível acompanhá-la apenas com psicoterapia individual, o CAPS acompanha, se forem necessárias outras intervenções, é feito o encaminhamento para Curitiba.

No Município do CAPS A, a orientação é para que os usuários sejam avaliados pela atenção básica ou pelo ambulatório antes de entrarem para o CAPS. O ambulatório faz a triagem dos pacientes que serão atendidos pelo CAPS e os que receberão

atendimento individual no ambulatório. O serviço já teve a experiência de acolher todos os usuários, mas a quantidade e complexidade dos casos fez com que se reordenasse a oferta de atenção.

“Antes estava tudo querendo ir para o CAPS, mesmo aqueles pacientes que não são de CAPS. Necessitam do olhar do psiquiatra, mas não são pacientes adoecidos, que necessitam de terapia. Só do medicamento. A partir daí, um dia foi separado para o psiquiatra atender no ambulatório” (P6)

Já o CAPS A funciona com a porta-aberta para todos os públicos. Neste serviço procura-se oferecer atenção similar a todos os casos: há o acolhimento, a oferta de atendimento individual e grupos específicos a todos os usuários.:

“Como é CAPS I a gente atende tudo (...). Depois do acolhimento são feitos todos os atendimentos: psicossocial, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, pedagogia, Aí tem o atendimento individual e de grupo. Encaixamos eles nestas duas modalidades.” (P3)

Os profissionais do CAPS D apontaram uma grande demanda de encaminhamentos pelo poder judiciário e Ministério Público com a obrigação de atendimento, o que difere dos outros casos, especialmente em casos de adolescentes. Casos similares foram relatados nos outros CAPS, com uma relevância menor. As demandas do Judiciário são diferentes dos outros casos, pois nem sempre são casos severos de transtornos mentais e a assistência entra em descompasso com aquela prestada aos outros usuários.

Em todos os CAPS, observamos a preocupação em identificar as demandas dos usuários e organizar a atenção. São emblemáticas as frases que identificam *“pacientes que não são de CAPS”* (P6) e ou que se *“avalia o caso o que é de CAPS mesmo (...)”* (P17), pois o CAPS acolhe *“quando está em estado grave mesmo, que ele [o paciente] não consegue realizar nem as AVD’s, as Atividades da Vida Diária, nem a laboral, enfim, ele já tem um isolamento muito acentuado social e até familiar. Aí vem para cá. O que ninguém quer daí o CAPS quer!”* (P6). Neste sentido, identifica-se com certa

objetividade um critério para o público dos CAPS e explica-se a necessidade de se trabalhar com a rede na identificação das necessidades dos usuários com cada ponto da rede desempenhando seu papel. Desta forma, podemos observar que as pessoas com transtorno mental são acolhidas e tratadas com alguma clareza técnica. Os atendimentos a crianças são mais raros do que os casos envolvendo adolescentes. Estes estão ligados a transtornos mentais e ao uso de drogas.

Para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas não encontramos um enquadramento com a mesma clareza anterior. Em todos os CAPS, há a preocupação de não misturar os públicos de usuários de álcool e outras drogas com aqueles com transtorno mental. Separa-se o trabalho em grupo, a forma de acolhimento e os objetivos do trabalho. A adesão e o abandono do tratamento e as recaídas ao uso são preocupações que não parecem ter espaço de cuidado na estrutura do CAPS I, afinal, é preciso disponibilizar tempo para os outros usuários do CAPS. Não houve referência à estratégia de redução de danos, preconizada pelo Ministério da Saúde (2003).

“Quando [o usuário de drogas] entra e ele está no uso da droga, vai para internamento primeiro, para a desintoxicação. A gente não pode permitir que o usuário esteja usando droga enquanto em terapia aqui dentro (...). Aí eles vêm, com o próprio encaminhamento do psiquiatra deles, e vão dar continuidade à terapia deles aqui, a medicação, porque muitos deles utilizam medicação para tirar a fissura, que é a vontade de utilizar a droga”. (P20)

A orientação da assistência reflete-se numa percepção diferente da necessidade de internamento para o público TM e para o público AD. A diferença entre os públicos pode ser percebida na forma de se fazer a atenção na PS municipal em casos de crise e na necessidade de recorrer à central de leitos para internação. Se aos usuários ligados a casos de transtornos mentais é notada uma necessidade reduzida de internação hospitalar, para os casos de álcool e outras drogas as equipes sentem necessidade maior de internamento.

“Alguns surtos a gente consegue, quando é plantão do psiquiatra, aí a gente pode fazer uma hibernação química ou uma coisa assim, a gente consegue. Quando é transtorno mental. Quando é dependência química, não.” (P15).

“A maioria [dos usuários que precisam de internação] são casos de dependência química. Transtorno bem pouco, a gente tem conseguido mantê-los aqui estabilizados em condição no CAPS.” (P21)

“Esses dias eu estava fazendo uma avaliação com a enfermeira lá [do PS], daí ela estava dizendo: ‘nossa, depois que veio o CAPS, olha, caiu assim o número de internação ou de atendimento com transtorno, um monte.’” (P6)

O acolhimento, a atenção e o encaminhamento dos usuários que os serviços realizam são reflexos das necessidades, demandas e sintomas que são capazes de identificar e tratar. Há uma clara diferença na atenção dada aos usuários que fazem uso de álcool e outras drogas em relação às pessoas com outros transtornos mentais, desde a seleção para seu acolhimento pelo serviço e pela percepção de uma maior necessidade de internação. Esta diferenciação do público relacionado à atenção aos usuários de álcool e outras drogas é extensiva ao acolhimento do público infanto-juvenil. Há, contudo, um outro fator ligado aos adolescentes: os encaminhamentos do Ministério Público e do Judiciário. Nestes casos, em que a demanda não parte do usuário, mas de uma obrigatoriedade legal, é possível notar que o próprio CAPS entende como um público diferente, que não estão dentro do mesmo critério utilizado para a rede.

“Estava chovendo, chovendo, chovendo pedidos [da Justiça] e então eu resolvi colocar só na quinta-feira. (...) Só que eles não vem. É um público, assim, que vem por obrigação e acabam não vindo. (...) Não dá para ficar correndo atrás eles se resolvem a hora que aparecer a vaga está reservadinha” (P17).

“A criança ou adolescente, ela precisa de um atendimento psicológico ou um atendimento psiquiátrico. Isso não significa que ela seja um paciente severo de

saúde mental. Então, quer dizer, eu não vou trazer essa pessoa para dentro de um tratamento onde a população é de severos. Fica incoerente” (P25).

4. Formação da Rede

A formação da rede e estruturação de serviços é um processo que além de tempo, precisa de experiência, tentativas, acertos e erros. Podemos notar que os serviços que estão a mais tempo disponíveis dispõem de soluções que aqueles que estão iniciando ainda não encontraram. Além disso, é possível reconhecer os processos e desafios dos mais recentes quando os trabalhadores dos mais antigos relatam seus percursos.

Os CAPS mais recentes (C e D) demonstram maior preocupação em organizar a chegada e a inserção dos pacientes nas atividades que o CAPS dispõe do que no contato com a rede. Nos CAPS A e B, observamos que o acolhimento é um ponto resolvido e que os esforços estão voltados para uma maior preocupação na qualidade, critério e efetividade do que se ofertado. Entretanto, o trabalho em rede para os usuários do serviço recebe pouco destaque. No CAPS D, um serviço que a maior parte da equipe estava há seis meses, a organização de um acolhimento humanizado é exaltada pela equipe. Porém, para a continuidade do acompanhamento, ainda procuram a melhor forma de desempenhar o trabalho como a oferta e divisão dos grupos terapêuticos, algumas partes da assistência encontram-se em projeto e o contato com a rede se dá pelo acolhimento de encaminhamentos.

“Ofertamos o acolhimento que é diferenciado, não é feito sala com mesa, é simplesmente sofá e uma cadeira, naquela salinha ali. É mais uma conversa, não é aquele monte de pergunta. Não é feito o questionário em um só dia. Ele tem o momento só dele, para desabar e contar o que ele deseja do CAPS e o que veio buscar aqui.” (P3)

“[O CAPS] Tem programado as oficinas com o artesão, que provavelmente a partir desse mês vai voltar a ter, porque vai ser contratado, está organizado para ser no período da manhã. Tem atendimentos individuais de cada setor, pode fazer atendimento individual com o cliente. (...) Além disso, grupo,

individual, quando possível a gente faz o AT (...) [que] a gente se organizou para o que é demanda do usuário, mas o serviço não dá conta.” (P4)

“Só que assim, sempre tem o que melhorar! E nós temos que melhorar. Essa questão da RAPS ainda é meio capenga.” (P1)

No CAPS C, o caráter provisório das instalações e a percepção da insuficiência do serviço impelem os profissionais a realizar o acolhimento com avaliação das necessidades do usuário e buscar alternativas para as suas necessidades. Os casos em que o usuário precisa de atendimento individual é possível oferecê-lo dentro das instalações do serviço. Já nos casos em que é necessária uma atividade em grupo, busca-se saídas com as UBS, em sala emprestada pela PROVOPAR ou ainda dentro do que é oferecido pelo município.

“Os pacientes que eu atendo que eu consigo tirar deles o que interessa, uma atividade que interessaria, eu tento encaixar no PROVOPAR, no CRAS, na biblioteca, na cultura, alguma atividade que interesse a eles. (...) [A partir daí] eu encaminho o nosso paciente para fazer uma atividade, sempre com concordância dele, depois eu acompanho a frequência.” (P23)

No CAPS A, a equipe vê o trabalho bem estruturado para a atenção à pessoa com transtorno mental. Notam que o desafio atual é contato com a rede para aqueles usuários que serão beneficiados da atenção básica ou ambulatorial e que não precisarão frequentar mais o CAPS.

“[A gente] sempre tá trazendo propostas novas ou dando algum tipo de informação ao serviço. [Aqui] existe um trabalho lindo e maravilhoso de chegada, de acolhimento, de tratamento, e quando chega pra desligar, né, a gente meio que capenga.” (P8)

O CAPS B faz rede para ofertar atividades variadas aos usuários; desta forma, utilizam a piscina do município, a chácara do sindicato, fazem permuta de materiais

com outras secretarias (telas para oficina de pintura, terra para oficina de horta). Porém, na questão de troca de informações sobre pacientes ou para trabalho em conjunto, o CAPS não demonstra articulação. Assim como os outros serviços, a rede é percebida na chegada de um paciente por encaminhamento ou na necessidade do encaminhamento de um usuário que “não é de CAPS” para outro serviço.

Notamos que existe uma compreensão de um movimento de pacientes dentro da rede que compreende um “antes, durante e depois do CAPS”. O “antes” está ligado à percepção de algum ponto da rede sobre a necessidade de auxílio. Esta demanda pode vir de dentro da política saúde, de outra política (Assistência Social ou Educação) ou ainda do poder judiciário e Ministério Público. Nestes casos a comunicação entre os serviços por encaminhamento via papel (que o próprio usuário leva ao serviço) ou via telefone.

O “depois” do CAPS está ligado à avaliação sobre se o usuário será ou não acolhido e seu possível encaminhamento. Mas também, e especialmente, refere-se à efetividade do trabalho oferecido pelo CAPS e à mudança no sofrimento ou nas necessidades do usuário que incidem na severidade do transtorno, fazendo com que a pessoa possa ser acompanhada por outro serviço da rede. Nestes casos, notamos a percepção de reuniões com o serviço que receberá o usuário para a transferência quando é o caso de atenção básica. Para encaminhamento ao ambulatório de saúde mental, é feito o agendamento. Esta ação é facilitada, pois os dois CAPS que utilizam este serviço dividem o mesmo psiquiatra com o ambulatório.

O “durante” remete ao acompanhamento realizado pelo CAPS e abarca duas partes da rede assistencial que fazem funções complementares, mas não tem comunicação entre si e o CAPS serve de ponte: a rede municipal que funciona territorializada e a rede hospitalar cuja regulação é feita pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) que serve para os momentos de crise prolongada na qual os serviços municipais não são capazes de resolver.

A atenção hospitalar cujo acesso é regulado pela SESA é acessada quando os serviços avaliam que um usuário precisa de internação. Esta internação pode ser solicitada pelos serviços via telefone ou via sistema informatizado, entretanto, há poucas informações de como o sistema funciona e há reclamação na demora das vagas. Poucas informações partem dos hospitais aos serviços municipais. Se entendermos que

a rede se forma quando há conexão entre seus pontos (com comunicação e troca de informações), a internação hospitalar pode ser entendida como uma interrupção da atenção realizada pelos CAPS.

Já a rede municipal de saúde é acessada pelos participantes da pesquisa de forma pontual: foi citado apenas o encaminhamento para neurologistas, mas serviços de clínico geral, ortopedista, pediatria, por exemplo, não foram relacionados. Atividades como reuniões são esporádicas, mas se antevê a necessidade de realização de matriciamento. Os serviços municipais de assistência social (CRAS, CREAS e Resgate Social) foram mais citados, especialmente para casos de vulnerabilidade social.

5. A vivência de rede: os outros serviços e as formas de contato

A vivência de rede nos apresenta três esferas de interação: a) os dispositivos do SUS e da política de Saúde; b) os serviços de outras políticas e outros órgãos públicos; e c) outros atores que não são fazem parte do poder público, mas são relações de apoio e de inserção comunitária. A forma de comunicação não é padronizada com cada um destes atores da rede, em cada uma há uma especificidade de acordo com a necessidade do contato.

5.1. A Política de Saúde - SUS

Todos os serviços, com exceção do Hospital F, apontam fazer contato com a atenção primária através dos **Postos ou Unidades Básicas de Saúde (UBS)**, seja por receber os pacientes encaminhados, por pedir avaliação de alguma condição clínica, por necessitar de apoio ou visita ou para encaminhamento do paciente após a alta do CAPS. A forma mais comum de contato com as UBS é pelo recebimento de usuários encaminhados ou após a ação do CAPS, o encaminhamento para a continuidade da atenção na atenção primária. Os profissionais dos CAPS demonstraram maior necessidade em fazer rede no segundo caso, pois observam dificuldades com as equipes de atenção básica em assumir o cuidado dos pacientes.

No CAPS A e D, o matriciamento é visto como possibilidade de contato entre os profissionais, mas ainda não está operacionalizado. Já o CAPS C procura implantar suas ações em conjunto com a RAPS do município. Desta forma, o matriciamento e grupos de trabalho são vistos como possibilidades, mas aponta-se dificuldades de entendimento

do que é Saúde Mental. Se por um lado os profissionais reclamam de receber pacientes cuja atenção excede as funções do CAPS (como o recebimento para o cuidado de um usuário com obesidade mórbida, p. ex.), por outro, quando há uma boa oportunidade, o trabalho é motivante.

“Eles estão organizados lá [na UBS], conseguiram montar um grupo de pacientes que estão tomando um mínimo de medicação e estão tentando parar a medicação, então são pacientes provavelmente leves a moderados, e eles me solicitaram um atendimento, que não seria para o CAPS, mas eu acabei me dispondo a estar fazendo um atendimento em grupo em um espaço específico lá. Eles se organizaram bem legal, bem redondinho, dentro da área de saúde mental.” (P26).

No CAPS B, define-se o encaminhamento para a UBS quando o paciente está estável há um ano com medicação definida.

“Quando essa medicação já tá bem definida (...), a gente encaminha para o programa de saúde da família, onde o médico clínico simplesmente faz as receitas, vê se tá tudo bem com o paciente e faz as receitas. Se não estiver tudo bem com o paciente, ele encaminha para o ambulatório de psiquiatria, aí o ambulatório de psiquiatria vê se resolve ou manda de volta para o CAPS. Normalmente resolve” (P19).

A **Farmácia Básica** é citada apenas por uma profissional, que revela facilidade para obtenção das medicações sem burocracia ou filas. Os **Ambulatórios de Saúde Mental** são serviços de gestão municipal cuja oferta é feita de acordo com as possibilidades locais e a partir da iniciativa da gestão. Este serviço existe apenas em três municípios. Para os CAPS A e B, os ambulatórios funcionam como destino para os encaminhamentos das unidades de saúde antes de chegar ao CAPS e servem como triagem dos pacientes encaminhados para o CAPS ou os mantendo para acompanhamento ambulatorial. Além disso, os ambulatórios são também destino dos pacientes que apresentam estabilização do quadro ou cuja necessidade de atenção não

será mais satisfeita pelo CAPS. Esta seleção é feita pela severidade do quadro e pela vulnerabilidade social do usuário. O ambulatório é destinado:

“quando o paciente precisa somente de psiquiatra. [Então] Ele fica só no ambulatório de psiquiatria, não tem por que mandá-lo a um CAPS, não há necessidade, não há por que” (P19).

O Ambulatório E começa a funcionar como a referência em Saúde Mental para o município. A iniciativa é devida ao interesse pessoal da direção do hospital municipal que encontrou, num psiquiatra que prestou plantão no hospital, o interesse e a possibilidade de começar um novo trabalho. Este trabalho é destinado aos usuários do município e começa a ganhar corpo: *“É porque agora o povo já sabe que tem o psiquiatra” (P 16)*. Nos casos de emergência ou situação de crise, a rede é acionada com frequência, especialmente nos casos em que o serviço não é capaz de resolver a situação (resolutividade). Nestes casos, lança-se mão da rede municipal com o SAMU e do serviço de Pronto Socorro 24h municipal, e quando é necessária a internação hospitalar os tramites são realizados via Central de Regulação de Leitos.

O SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) é um serviço com regulamentação nacional (Portaria 1864/2003), de gestão local, que presta assistência de urgência psiquiátrica, obstetrícia, traumáticas, entre outras. Dentre os serviços pesquisados, apenas o Ambulatório E não citou fazer contato com o SAMU. O Hospital F recebe uma parcela considerável de seus casos de Saúde Mental via SAMU, que faz a condução do paciente do Pronto Socorro ao Hospital E ou ao CAPS. O SAMU é referência para situações de crise ou urgência para todos os CAPS, sempre vinculado ao serviço de Pronto Socorro da cidade. Apesar de não ser frequente, o acesso ao SAMU está ao alcance dos serviços com referências positivas, porém, com dificuldades em alguns casos.

“Eles são bem capacitados. (...) todas as vezes que a gente precisou, às vezes é final de semana, eles sempre ligam, eles sempre acham um jeito de conseguir um telefone de alguém, e acabam conseguindo falar com alguém do CAPS”.
(P10)

“A gente teve reclamações do pessoal que [o SAMU] é chamado e deles não terem ido, de dizerem que não é uma situação deles, que não é um serviço deles. Ou foram e avaliaram lá no local que não era uma situação para levar pro hospital. Mesmo a polícia também é assim, teve dia que não pôde fazer, que não tem viatura, que isso daí é caso da saúde. E aí fica nesse jogo de empurra” (P4).

As **Unidades de Pronto Atendimento – UPA** – (descritas pelos participantes como Pronto Socorro ou 24h) são referência para todos os serviços pesquisados em casos de crises e urgências em Saúde Mental. Os profissionais de três referiram-se ao serviço com Pronto Socorro (que funciona aos moldes da Unidade de Pronto Atendimento – UPA). Já nos outros dois tem-se como referência para o momento de crise, o hospital municipal (em ambos os casos hospitais de média complexidade). Todos os serviços demonstraram haver troca de informação e acompanhamento quando há a internação de um de seus pacientes. Entre os participantes da pesquisa, há a percepção de que o Pronto Socorro utiliza a medicação de forma mais prioritária do que de outras terapêuticas. Porém, há o acompanhamento do caso pela equipe do CAPS e a interação com a equipe do PS.

“A gente sempre foi muito bem atendido nesses casos (...), Então, demora um pouquinho, mas eles vem, pegam o paciente, levam, fazem a medicação, mas sempre vai um daqui junto. (...) um daqui sempre vai ter que ir junto, se responsabiliza pelo paciente.” (P2)

“Nos deslocamos até lá, verificamos. É nosso paciente, esse paciente é nosso... A gente já sabe até que medicação que ele toma. Passamos para o médico. É feito um sossega leão, que a gente chama, né! Esse paciente vai pra casa... a gente medica, orienta a família e se houver novo surto... traz ele para nós. Às vezes, ele volta no outro dia bem tranquilo. Às vezes é falta de medicação, o médico muda medicação.” (P20)

A **Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental** é acionada quando há a necessidade de intervenção maior do que o CAPS ou a UPA são capazes de resolver. Todos os serviços, sem exceção, fazem contato com a Central de Leitos. No estado do Paraná, a Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental é independente das outras especialidades. Operando desde 2012, ela regula as internações em leitos psiquiátricos para todos os municípios do estado, com exceção da capital que tem seu sistema próprio. A central funciona dentro do Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), e “se estabelece como um elemento ordenador e orientador da demanda de assistência hospitalar especializada em saúde mental no Estado funcionando 24 horas, em todos os dias da semana” (Paraná, 2014).

O contato é feito via telefone, na maior parte dos casos, ou via sistema informatizado. Os participantes apontam o contato e acesso aos profissionais da Central, mas observam dificuldades na efetivação do objetivo do contato: a disponibilização de um leito. Há queixas sobre a lentidão na resolução dos casos, especialmente para as mulheres.

“O problema é que esse internamento não sai na hora (...) muitas vezes esse paciente tem que ser sedado.” (P20)

“Então já teve paciente que ficou 10 dias aqui aguardando vaga, né. Aí fica via central de leitos, e às vezes a regulação é lenta.” (P12)

“O que às vezes não funciona bem é as vagas, elas não ocorrem na velocidade, muitas vezes, que a gente precisaria.” (P14)

Há pouco conhecimento entre os profissionais sobre a Central, sua composição, seu modo de operação e localização. Cabe apontar que apenas médicos e enfermeiros relataram estabelecer este contato.

5.2. Outras Políticas e Órgãos Públicos

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), contatado pela maioria dos serviços (a exceção do Hospital F), é uma política com objetivo de garantir as

necessidades básicas dos cidadãos (Brasil, 1993). Entre os serviços que compõe o SUAS, estão os Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), as Casas de Passagem (Serviço de Acolhimento Institucional) e o Resgate Social (Serviço Especializado em Abordagem Social).

“[Com] CRAS e CREAS é uma comunicação assídua. Conselho tutelar, judiciário, promotoria, casa de passagem (...) estamos sempre conversando, nem que seja para brigar”. (P23)

Os **CRAS** têm como característica a atenção básica desta política e foi citado pelos CAPS como um diálogo habitual. É acessado quando se entende que o usuário do serviço, além do transtorno mental, possui algum tipo de vulnerabilidade social. Já a comunicação com os **CREAS** ocorre, na maior parte dos casos, em casos ligados a crianças e adolescentes que são vítimas e necessitam de proteção ou que os CAPS recebem por determinação judicial ou em medida sócio-educativa.

Para o CAPS D, o contato com a **Casa de Passagem** é facilitado por estar no mesmo terreno e se dá para crianças e adolescentes que estão abrigados por decisão judicial e frequentam o CAPS. A Casa de Passagem é um Serviço de Acolhimento Institucional previsto dentro da alta complexidade do SUAS. Estes serviços são destinados “a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral” (CNAS, 2009, p. 44).

O Serviço Especializado em Abordagem Social foi referido pelos participantes como **Resgate Social**. Este serviço deve identificar, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes ou situação de rua. Seu objetivo é “buscar a resolução de necessidades imediatas e promover a inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos” (CNAS, 2009, p.31). Os profissionais dos CAPS B e pelo Ambulatório E relataram este contato. Ocasionalmente são chamados para atuação conjunta para apoio em ações ligadas à função da assistência social em que há casos de transtorno mental ou para resgatar alguém que vivia na rua por decisão judicial.

As **Escolas** realizam encaminhamentos ligados a comportamento e desempenho escolar, tanto para crianças e quanto para adolescentes. Entretanto, os contatos com as escolas nem sempre resulta em uma comunicação efetiva ou ação conjunta.

“Então, daí, eu fui até as professoras todas que atendiam [os pacientes em questão] para ouvir, principalmente para ouvir e para tentar dar uma orientação. Só que, Nossa, é muito complicado. Agora, o conselho tutelar a gente tem que conversar, mas eu acho que ainda é pouco” (P17).

O contato com o **Conselho Tutelar** restringe-se ao acolhimento dos encaminhamentos. O contato é mais próximo quando o Conselho fica responsável por levar a criança até o serviço, porém este exemplo é raro. A **Polícia Militar** ou a **Guarda Municipal** são acionadas em casos de emergência ou crise de difícil contenção ou agressividade. O acionamento da polícia é realizado com mais frequência pelos familiares ou vizinhos do que pelo serviço. Há, contudo, a percepção de que os policiais não se sentem preparados para esta demanda.

Os profissionais dos CAPS referiram-se a receber demandas do **Ministério Público** e da **Justiça**, que apesar de representarem poderes diferentes, são citados em conjunto. Estas demandas que não partem de dentro da rede assistencial nem mesmo dos próprios usuários são percebidas de forma diferente pelos profissionais. Sente-se estas demandas como uma cobrança inevitável e algumas vezes sem a possibilidade de resolutividade.

“Nós vamos até onde é nossa questão, enquanto ele tá aqui, aderido, ele tá na nossa responsabilidade. A partir do momento que ele chega e diz 'olha, eu não quero ir mais', 'eu não quero participar', aí volta a questão ao CREAS e conselho. Fica vetado pro CAPS fazer essa intervenção” (P4).

O Instituto Nacional do Seguro Social – **INSS** – que realiza perícia médica, não faz parte da rede de atenção, mas a influencia diretamente. Afinal, os CAPS acompanham seus usuários neste processo, mas também por que os CAPS recebem

pessoas cuja demanda principal é receber a “aposentadoria” (P4 e P20) e não tratamento ou ajuda.

5.3. Relações de apoio e inserção comunitária

As **Comunidades Terapêuticas** (CT's) não são serviços oferecidos pelos municípios ou pela gestão estadual e não houve relatos de que os municípios se utilizem destes serviços. Não foram relatadas formas de comunicação efetiva ou de trabalho em rede. Entretanto, foi possível observar que são serviços disponíveis à população e permeiam a atenção a saúde mental da região. Não é possível chamar esta oferta de rede.

Registramos percepções diversas em relação a esta oferta. Alguns participantes veem nas Comunidades Terapêuticas uma possibilidade de trabalho com os usuários de drogas. No entanto, alerta-se que é preciso conhecer o trabalho oferecido por cada CT e indicar com critério. Apontou-se boas experiências na região metropolitana de Curitiba. Outros participantes apresentam dificuldades com a imposição de pedidos pelas CT's, pois estes serviços solicitam apenas a consulta com o psiquiatra e a dispensação de medicação sem aceitar o trabalho terapêutico oferecido pelo CAPS. Alguns profissionais relataram saber da existência das CT's, mas sem contato direto. Há casos em que os profissionais trabalham em ambos os serviços, mas não relatam interação no trabalho assistencial.

O Programa de Voluntariado Paranaense – **PROVOPAR** – é um órgão desvinculado ao poder público “preocupado em viabilizar programas e ações que possibilitem a melhoria da qualidade de vida da população com baixo índice de desenvolvimento humano, com aproveitamento das habilidades e potencialidades locais, promovendo a inclusão social” (PROVOPAR, s/d). A comunicação com o órgão é realizada em forma de colaboração. O PROVOPAR oferta uma oficina que se dispõe a realizar oficinas de pintura aos usuários de um dos CAPS e para outro há a cessão de uma sala de grupos para o trabalho com o público AD.

Em um dos CAPS acolhe-se em seus estabelecimentos iniciativas como **Alcoólicos Anônimos (A.A.)** e **Narcóticos Anônimos (N.A.)**. Estes grupos têm acesso a outros dois CAPS, mas funcionam em outros lugares.

Vale a pena ressaltar uma experiência interessante, em um dos serviços que tem uma inserção comunitária destacada: se utilizam de contatos com o sindicato para a utilização da chácara para trabalhos com pacientes; fazem atividades na piscina do município; organizaram exposição dos trabalhos dos pacientes em espaço disponibilizado pela Caixa Econômica Federal; realizaram uma permuta com a secretaria de educação: papel higiênico por telas de pintura; além disso, os profissionais vão ao SESI esporadicamente realizar palestras sobre Saúde Mental. Neste serviço, um dos usuários que recebeu alta se voluntariou a ensinar os outros numa oficina de informática.

Já nos outros serviços a inserção comunitária é pouco frequente. Nos CAPS, a maior interação com a comunidade se dá esporadicamente em festas ou celebrações (como festas juninas, ou no dia 18 de maio). Nestes casos, há ajuda da comunidade local com doação de material ou prendas. Nos serviços hospitalares não há referência destas ações.

Nenhum dos municípios conta com uma **associação de usuários** estruturada e atuante. Entretanto a importância de haver associações foi levantada por dois participantes (P20 e P26) para fortalecimento dos vínculos e sensação de pertença após ter alta do CAPS.

5.4 Formas de contato

Na maior parte dos casos, o contato entre os serviços é feito para encaminhamentos e se dá via telefone ou via papel. Para estes casos, há indicação para que se use o sistema de referência e contrarreferência (RCR), como forma de integrar os serviços de Saúde. (Brasil, 1997; Serra & Rodrigues, 2010). Os participantes apontaram que este sistema não é utilizado, especialmente a contrarreferência. Em muitos encaminhamentos realizados via papel, o próprio usuário é o articulador da comunicação, ou seja, leva a referência até o serviço.

Neste sentido, podemos observar alguns contrastes contemporâneos: se, de um lado há a necessidade de arquivar os pedidos realizando cópia com papel carbono, por outro há uma expectativa de que este processo possa ser informatizado brevemente. A expectativa é de uma comunicação precisa e eficiente. Em poucos casos, há a articulação da rede para um trabalho em conjunto. A comunicação mais efetiva e

frequente é sempre citada em casos específicos que desafiam as equipes. Ou seja, em casos que o serviço não resolve sozinho. A partir daí, são realizadas ligações e encontros para sensibilizar um outro serviço ou para traçar estratégias em comum.

Observamos, no CAPS C, uma reunião periódica com uma UBS, em que um psicólogo do CAPS dispõe-se a ir realizar grupo na UBS com apoio da equipe. O matriciamento é visto como possibilidade futura, mas não é desempenhado pelos serviços. Os Conselhos de Controle Social aparecem como estratégia interessante de sensibilização e contato com a rede, porém a participação nestes dispositivos com possibilidades de trabalho em conjunto foi citada e é realizada apenas por dois participantes (que participam do Conselho Municipal de Saúde e outro de Direitos da Criança e do Adolescente).

O Comitê Regional Intersetorial de Saúde Mental é visto como uma experiência positiva de troca de experiências, como um espaço de interlocução profissional, porém não é visto como parte da rede. Um dos participantes aponta a expectativa de criar um comitê municipal.

6. Obstáculos para a atuação em Rede

Em todos os CAPS foram citadas dificuldades com a Atenção Primária em Saúde, em especial, em compreender as necessidades de uma pessoa com transtorno mental e o manejo clínico de algum tipo de sofrimento que não seja necessariamente orgânico. Aponta-se que, em alguns casos, profissionais da Atenção Primária não aceitam as questões ligadas a Saúde Mental ou fazem com as outras demandas de saúde. Em outros, se indica que falta habilidade ou competência para o reconhecimento de sinais e sintomas de sofrimento mental. Isto é exemplificado quando o CAPS recebe encaminhamento de casos de obesidade mórbida para acolhimento ou nos casos em que há possibilidade de manejo do sofrimento mental na própria UBS, ou seja, casos leves.

Neste sentido, os CAPS encontram dificuldade ao encaminhar os seus usuários quando é preciso que o cuidado seja continuado pela UBS. *“Nossa preocupação é dar alta. Até então não existe esse lugar pra recebê-los. Existir, existe, mas não é feito esse vínculo, esse trabalho”* (P8). Nestes casos, alguns profissionais não se veem capacitados para realizar a atenção: *“Estamos tendo alguns problemas com isso porque alguns médicos não estão aceitando este tipo de situação, eles não querem passar a*

medicação que é relacionada à Saúde Mental” (P20). As dificuldades de reconhecimento e acompanhamento com as questões de Saúde Mental sugerem que há uma demanda reprimida.

“Aqui tem uma demanda reprimida né, pois (...) não tinha atendimento psiquiátrico. Então eles vêm por encaminhamento das unidades (...). Pacientes muito graves sem tratamento, bastante cronificados.” (P 27)

Estas questões apontam a necessidade de comunicação efetiva dos serviços, uma vez que a atenção à saúde mental não é protocolar, ou seja, um serviço não vai resolver o problema do outro e reencaminhar os pacientes. Assim, a comunicação por telefone e por papel não é suficiente para a Saúde Mental, em que as estratégias de cuidado devem ser planejadas e realizadas em conjunto. Neste sentido, os poucos encontros presenciais entre os profissionais dos serviços e a baixa utilização de dispositivos como matriciamento pode ser vista como um problema na interlocução.

A atenção ao momento de crise é ainda um obstáculo para a rede, uma vez foram apontadas indecisão da atenção pelo SAMU, demora na oportunização das vagas hospitalares e falta comunicação dos serviços municipais com os de internação. A atenção hospitalar não está presente na rede, nem no dia a dia, nem no apoio, nem no fortalecimento de vínculos. Quando há a necessidade de internamento, o usuário é encaminhado a uma vaga de internação indicada pela central de leitos, da qual o CAPS não tem influência ou trabalho em conjunto. Não há interação entre a atenção hospitalar e a atenção especializada.

“Os casos que a gente encaminha pra internamento, quando sai do internamento já vem com uma cartinha pro CAPS” (P8).

Além da “cartinha”, não identificamos outra forma de contato dos serviços do litoral com a atenção hospitalar. A comunicação da rede municipal é com a Central de Regulação de Leitos e se restringe ao pedido da vaga, sem outras interações. Os hospitais psiquiátricos disponíveis para internação mais próximos do litoral estão na região metropolitana de Curitiba, a cerca de 100 km, dificultando o acesso à visita dos

familiares. Já os leitos disponíveis no Hospital F, que seriam mais próximos, não são acessados com facilidade:

“Tem leitos, mas nunca estão disponíveis, né. Sempre estão lotados. Daí (...) vai pro sistema, fica lá.” (P8)

“A nossa referência é o Hospital F, só que a parte de psiquiatria ainda não está implantada lá.” (P9)

“Contudo a gente sabe que o Hospital F está em um impasse de 'tem leitos psiquiátrico, não tem leito'...” (P5)

“Aí o Regional dá um apoio pra gente... Agora porque, né? Porque antes não dava.” (P20)

Conforme observamos acima, o tempo e a experiência são fundamentais para a organização dos serviços e de uma rede. A rede de atenção disposta no litoral é bastante recente, observamos que o CAPS mais antigo, data de 2007, porém, os relatos são de que houve mudanças significativas de equipe e na proposta de trabalho. A atual coordenação está desde 2013 à frente do serviço. No CAPS D, parte dos profissionais estavam há três meses no serviço, após uma grande reformulação. O CAPS C e o Ambulatório E são serviços recentes: um ainda sem estrutura própria e o outro mais ligado à iniciativa dos profissionais do que da gestão municipal.

“Então, quando você não fica um determinado tempo num lugar, você cria raízes, você não planta nada! Então você pode até arar a terra, mas não dá tempo de plantar, aí vem outro, pisa em cima e fica a terra dura, aí vem outro, ara, quando é tempo de plantar vem...fica nessa coisa a vida inteira e nunca vamos ver florescer nada. Tem que ter uma equipe que se disponha a ficar um determinado tempo naquele lugar pra que se are a terra, que se plante e que se veja fruto! (...) Então (...) foi isso, uma rotatividade muito grande de

profissionais, alguns despreparados, aí um diz uma coisa o outro diz outra, um diz uma coisa o outro diz outra” (P15).

O tempo é fundamental para o exercício da clínica, para perceber o que funciona, identificar as dificuldades e os êxitos, como os usuários melhoram, o que os incentiva e o que os atrapalha. Desta forma, os serviços que estão em funcionamento há mais tempo tem maiores condições de avaliar o efeito da atuação na vida dos pacientes e apurar sua prática clínica.

“Tem a questão da perícia, tem a situação do ganho secundário que o paciente tem no tratamento (...). Porque é o único lugar que eles têm. Eles têm atenção, tem... só saem de casa pra vir pra cá, então eles não querem perder isso. Existe muita resistência com relação à alta. Então, nesses três anos, a gente pode perceber que, de certa forma, a gente estava falhando nessa parte” (P8).

Notamos que a colaboração intermunicipal não foi citada como recorrente, ao contrário, foi apontada a falta de interesse em se realizar algo neste sentido. A cooperação entre municípios poderia ser encarada como forma de fortalecer os serviços; afinal, como na maioria dos casos a população não chega a 30.000 habitantes, esta estratégia pode ser uma via econômica de manutenção dos serviços e potencializadora de iniciativas. A partir da experiência prática é possível notar a função de um centro de convivência e de uma associação de usuários para a rede, um local para formação de vínculos constantes além daqueles ligados ao tratamento.

“Eu tenho um sonho de fazer esta associação funcionar, para ser uma casa de ter um local de apoio que também possa funcionar como reabilitação dos pacientes que a gente sente que eles têm a necessidade. É muita resistência no processo de alta, eles não querem receber alta (...) ter um local que eles possam ir lá um centro de convivência mesmo” (P21).

7. O desafio de uma Atenção Integral

A formação de uma Rede de Atenção à Saúde Mental não se dá apenas pela oferta de serviços, afinal, são os profissionais que operacionalizam a assistência. É preciso que se sintam capacitados, que tenham iniciativa no cuidado e que conheçam suas potencialidades e limitações para trabalhar em conjunto com os outros. A identificação de necessidade de um usuário para qual o serviço não possui recursos de lidar pode ser sentida, pelo profissional, como incapacidade ou frustração. Entretanto, pode ser um disparador para a atuação em rede para estabelecer novos laços, novos pontos de conexão.

Esta postura de conexão é um contraponto à expectativa de encaminhar um usuário para outro serviço para que o problema seja resolvido ou passe a ser de responsabilidade do serviço que recebeu o encaminhamento.

“Geralmente o paciente vai pra ficar. Não precisa voltar a contrarreferência. A não ser quando a gente manda no Regional pra uma avaliação e conduta. Aí vai com a referência e volta com a contrarreferência. Mas quando é pra internar não tem contrarreferência. Vai e fica” (P16)

A atuação em rede deve ter em vista garantir o princípio da integralidade, ou seja, que cada pessoa, com suas necessidades, representa uma unidade e não pode ser dividida em partes para a serem tratadas de formas diferentes. Especialmente em Saúde Mental, o usuário não pode ter objetivos terapêuticos diferentes nos serviços que é acompanhado. Desta forma, o trabalho dos serviços deve caminhar em conjunto. Além disso, “As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral” (Brasil, 1990).

Retomamos a partir deste excerto as relações intermunicipais citadas acima para refletirmos a relação da integralidade com divisão do território, afinal, tratamos até aqui de forma homogênea um território composto por sete municípios com diferenças sociais, econômicas e culturais e que não formam uma rede entre si. Há uma vinculação que é administrativa feita para a gestão estadual e que une os serviços destes municípios apenas em suas necessidades para leitos de internação. A única atividade entre os municípios mencionada é a realização da reunião do Comitê (que, inclusive, possibilitou

esta pesquisa). Ou seja, apesar de passarem por necessidades parecidas, não encontramos ações coordenadas para supri-las em conjunto. Serviços como a polícia militar e escolas, por exemplo, funcionam a nível estadual. Esta divisão reforça a ideia de que os CAPS operam entre duas redes uma municipal e outra estadual para internação.

É interessante notar que a comunicação entre os serviços municipais de Saúde Mental é mais próxima dos serviços do SUAS comparado aqueles que compõem a própria política de Saúde. Quando se trata de receber a colaboração de um CRAS, do Resgate Social são marcadas reuniões e encontros. Já com os outros serviços de Saúde (especialmente com os hospitais) não observamos o mesmo empenho. O contato é feito por telefone, pelo encaminhamento ou não é feito.

Neste ponto, notamos certa divisão (ainda que não formal) entre a comunicação realizada por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, de médicos psiquiatras e profissionais de enfermagem. Enquanto os primeiros fizeram menção a um contato constante com diversos atores da rede assistencial e intersetorial, os últimos se referiram a encaminhamentos às unidades de saúde, mediação com a central de leitos, SAMU e farmácia municipal, ou seja, dentro da política de Saúde.

As comunicações presenciais dos atores da rede, em geral, estão ligadas a casos de difícil solução e que o CAPS não consegue resolver apenas com seus recursos. Nestes casos as equipes mobilizam encontros ou trocas de informação mais efetivas e diretas. O trabalho em rede não deve destinar-se apenas aos casos-problema mas ser uma rotina, pois o trabalho com pessoas com transtorno mental exige a sensibilização e responsabilização constantes dos atores da rede. Observamos que os participantes da pesquisa indicam a necessidade de realização de matriciamento e encontros periódicos e presenciais, com a criação e sensibilização de multiplicadores.

Para a rede ser estabelecida é preciso de encontros presenciais, pensar na saúde mental com uma questão da cidade, de cidadania, não apenas como a necessidade particular das pessoas com transtorno mental. Neste sentido, a iniciativa dos profissionais do CAPS C é interessante: enquanto não há estrutura suficiente, eles avaliam as necessidades dos usuários e encaminham para serviços municipais que podem ajudá-los.

“O serviço de CAPS mesmo não estamos conseguindo ofertar ainda (...) Os pacientes que eu atendo que eu consigo tirar deles o que interessa, uma atividade que interessaria, eu tento encaixar no PROVOPAR, no CRAS, na biblioteca, na cultura, alguma atividade que interesse a eles” (P24).

Esta iniciativa aponta que um serviço como o CAPS não deve fechar-se em si, apenas naquilo que os seus profissionais podem oferecer, mas também no que a comunidade possui para inserir estas pessoas que além do próprio sofrimento são estigmatizados pela sua maneira de ser. Podemos problematizar o trabalho em rede não só como uma trama de conexões, mas também como proteção. Num circo, para um equilibrista, a rede serve para quando algo dá errado ou sai do esperado. É a rede que protege quem anda na corda bamba.

É possível realizar uma metáfora para os casos de Saúde Mental em que a rede é formada para os casos-problema. Não se pode construir a rede apenas quando sai do esperado e do conhecido, é preciso que ela esteja presente, costurada, para salvaguardar um usuário caso seja necessário. Ou corre-se o risco não conseguir mais resgatá-lo.

Os participantes da pesquisa apresentaram serviços de uma rede que tem porta de entrada, que acolhe e age formando vínculos, que trata e escuta, que medica, que procura internação quando necessário, que conhece a história dos pacientes e que proporcionam equilíbrio e qualidade de vida. Entretanto, estes serviços têm dificuldades em comunicação e em trabalho compartilhado.

É sobre esta formação de rede que duas profissionais de serviços diferentes definiram a atuação como *capenga*. A definição por esta palavra nos chama atenção pelo seu sentido e pelo seu uso. *Capenga* é uma palavra cuja origem etimológica é indígena, tupi, que designa uma pessoa coxa, ou seja, que manca (Dicionário Ilustrado, 2015). Além disso, *capenga* é uma palavra que soaria estranha aos ouvidos formais, ou seja, é utilizada de maneira informal e caseira. Não à toa, foi utilizada pelas profissionais com hesitação. Por *capenga* podemos entender uma percepção pessoal de que a rede caminha, mas com dificuldades. Ou seja, é uma forma de dizer que a rede não atinge a integralidade do sujeito atendido.

Constatamos que os serviços pesquisados apresentam como critério de acolhimento casos de pessoas com transtorno mental severo. A expressão “paciente que

é de CAPS” é emblemática, pois demonstra identificar apenas usuários que já tem desenvolvido o transtorno. Levantamos a possibilidade de passar despercebido pela rede as primeiras crises e momentos em que pode ser trabalhada uma intervenção precoce com o usuário (Costa, 2013).

A Atenção à Saúde Mental não deve incorporar apenas casos de transtornos graves ou de pessoas em situação de gravidade, afinal, não está ligada exclusivamente ao tratamento de pessoas com transtorno mental. Consideramos *saúde mental* como um campo de conhecimentos que faz fronteira com a psicopatologia, mas também com a educação, com o trabalho, por exemplo. Se tratarmos de assistência propriamente dita, a Saúde Mental pode ser entendida de forma mais ampla, circunscrevendo práticas de cuidado (Educação em Saúde, Psicoterapia, Acompanhamento Terapêutico, Atenção Psicossocial, entre outros) e possibilitando que as pessoas desenvolvam seus potenciais.

Os participantes apontaram dificuldade para encaminhar usuários que reestabelecem suas capacidades de realizar atividades de vida cotidiana. Ou seja, descrevemos uma rede que trabalha essencialmente com pessoas com transtornos severos, em função da Atenção Psicossocial, que acolhe o usuário nos momentos de dificuldades mas que encontra dificuldades para trabalhar a desestigmatização, ou seja, atuar além das fronteiras da Saúde, em conjunto com a comunidade. Ademais, delineia-se uma percepção de que pessoas com outros tipos de sofrimento psíquico ou recebem tratamento medicamentoso ou não recebem qualquer atenção.

Considerações Finais

O Mapeamento descreve a composição da rede de Saúde Mental da 1ª Regional do Estado do Paraná. A descrição qualitativa nos permite uma visão panorâmica dos atores deste processo de construção da rede de proteção, promoção de saúde e cuidado das pessoas com transtornos mentais. Observamos que o cuidado territorializado tem papel fundamental na manutenção do bem-estar dos usuários. Há a percepção de que o trabalho dos CAPS diminui a necessidade de internação, ou seja, que é efetivo para um sistema que se propõe regionalizado, descentralizado e hierarquizado. Nesta mesma direção, há a compreensão de que o dispositivo CAPS auxilia na vida cotidiana de seus usuários.

Encontramos um obstáculo significativo para formação de uma rede, ligado aos casos de pessoas com transtorno mental em crise. Primeiramente, por não se encontrar serviços regionais para esta atenção. Em segundo lugar, não se possuem ferramentas de comunicação com a atenção hospitalar: interrompe-se o cuidado e torna-se uma atenção isolada. Indica-se a necessidade de reflexão sobre a atuação da administração estadual no apoio aos serviços, aprofundando o conhecimento das possibilidades territoriais para propor ações conjuntas que potencializem ações conjuntas com municípios de pequeno porte, especialmente.

A internação hospitalar é requisitada por esta rede com mais frequência nos casos de atenção a usuários de álcool e outras drogas comparado aos outros transtornos. Notamos que os serviços trabalham com o objetivo da abstinência do uso como objetivo de tratamento. Neste sentido, a internação hospitalar (assim como a demanda por vagas em comunidades terapêuticas) é coerente, pois afasta o usuário da substância. Entretanto, cabe apontar que os critérios para acolhimento dos usuários de álcool e outras drogas foram menos precisos quando comparados aos outros transtornos mentais. Faz-se necessário problematizar a função, objetivos e efetividade deste trabalho, afastando a preocupação com o tratamento moral do uso de substâncias. Nota-se, que os serviços de atenção primária não apresentam função quando a questão é o uso de drogas. Identifica-se uma questão de equidade: acessam o serviço, mas não tem suas necessidades satisfeitas ou tratadas.

Podemos dizer que descrevemos uma Rede de Atenção Psicossocial, e não uma rede de Atenção à Saúde Mental, dado que as ações, quase que exclusivamente, estão direcionadas a pessoas com transtornos mentais. As ações e iniciativas voltadas a vida cotidiana, inserção ao mercado de trabalho e educacionais ou ainda a pessoas sem um transtorno mental identificado foram raras e pontuais.

O Mapeamento permitiu-nos identificar serviços (intersetoriais e de Saúde) que precisarão levar em consideração a população de saúde mental em suas ações e planejamentos. Além disso, outras pesquisas em saúde mental, epidemiológicas, por exemplo, poderão começar sua busca por estes serviços uma vez que a população com transtornos mentais severos os acessam.

Apontamos a contribuição da pesquisa qualitativa para a Saúde. É através dos processos vividos que podemos identificar os pontos de conflito da rede. A pesquisa

heurística permite a aproximação do fator subjetivo que compõe a definição de Saúde. Em nosso caso, a percepção que a rede é capenga, ou seja, falha na integralidade da atenção é importante, pois a substituição do hospital tinha mesmo o objetivo de abranger o indivíduo em suas necessidades.

Finalmente, destacamos que o modelo de atenção hospitalar e o modelo de Rede de Atenção Psicossocial modelos coexistem e não se comunicam. Os serviços regionais têm o contato apenas com a Central de Regulação de Leitos e não com os hospitais. Convém refletir sobre a manutenção de tais estruturas, uma vez que esta pesquisa aponta claramente a interrupção no processo e na linha de cuidado quando é preciso servir-se desta estratégia.

Referências

- Amarante, D.C. Torre, E.H.G. (2000) A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34.
- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria (2014). *Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).
- Bleger J. (2007). *Temas em Psicologia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002) Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Publicada no DOU de 20 de fevereiro de 2002.
- Brasil, Presidência da República (1993) Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU de 8 de dezembro de 1993.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (1997). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social (2009). *Resolução 109, de 11 de novembro de 2009*. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.
- Costa I.I. (2013) Intervenção precoce e psicose: pesquisando crises psíquicas graves e primeiros episódios psicóticos: relatório de pesquisa, 2010-2012. In. Costa I.I. (Org.) *Intervenção Precoce e Crise Psíquica Grave: Fenomenologia do Sofrimento Psíquico*. Curitiba: Juruá.
- Dicionário Ilustrado Tupi-Guarani (2015). Capenga. Retirado de < <http://www.dicionariotupiguarani.com.br/dicionario/capenga/>> Acesso em 20/07/2015.
- Devera D., & Costa-Rosa (2007) A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis Revista de

- Psicologia da UNESP, 6(1) p. 60-79
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia. (2010). *Censo demográfico*. Retirado de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/default_resultados_dou.shtm em 20/07/2015
- Giorgi, A. (1985). Sketch on a Psychological Phenomenological Method. In: Amedeo Giorgi (Org.). *Phenomenological and Psychological Research* (pp. 8-22). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Gomes, W. B. (1997). A entrevista Fenomenológica e o Estudo da Experiência Consciente. *Psicologia USO*, 8(2), 305-336.
- Ministério da Saúde (1990). *ABC do SUS - Doutrinas e Princípios*. Ministério da Saúde: Brasília.
- Ministério da Saúde (2003) *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Pitta, A.M.F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), p.4579-4589.
- Paraná, (2011) Decreto 2037 de 20 de julho de 2011(Instituído o Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental). Curitiba: Secretaria de Assuntos Estratégicos. Disponível em: <http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=61103&codTipoAto=&tipoVisualizacao=original> Acessado em 06/09/2015.
- PROVOPAR Programa de Voluntariado Paranaense (s/d). *Bem Vindo ao PROVOPAR*. Em: <http://www.provoparestadual.org.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1> Acessado em 06/09/2015.
- Serra C.G. & Rodrigues P.H.A. (2010) Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil) . *Ciência e Saúde Coletiva* 15(supl. 3) p. 3579-3586
- SESA, Secretaria de Saúde do Paraná (2009). *Plano Diretor de Regionalização: Hierarquização e Regionalização da Assistência à Saúde, no estado do Paraná*. Curitiba: Secretaria de Saúde do Paraná.

ARRANJOS ASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REGIÃO DO LITORAL DO PARANÁ – ENTRE O TÉCNICO E O PESSOAL

Assistance Arrangement for the Mental Health Attention of the Coast of Paraná State – from the technical and personal perspectives.

1. Introdução

A promulgação da Lei 10216 é a representação legal da reformulação da Atenção à Saúde Mental no Brasil (Brasil, 2001). Esta lei é resultado de um processo de discussões e experiências nacionais sobre a assistência às pessoas com transtorno mental iniciado no final da década de 60, mas que ganhou corpo e relevância com a organização do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final dos anos 70 (Devera & Costa Rosa, 2007; Amarante, 2007). Durante este período, a crítica à clínica psiquiátrica, ao isolamento e ao tratamento moral passa a ter uma nova proposta de assistência. Este marco legal aponta a reorientação dos serviços mudando o eixo da atenção hospitalar para uma atenção descentralizada e territorializada (Menezes & Yasui, 2009; Mondoni & Costa-Rosa, 2010).

A regulamentação da transição para o tratamento em serviços comunitários foi feita por portarias ministeriais que dispõem sobre novas redes de serviços e formas de atenção (Brasil, 2002, 2011). Entretanto, a transição na forma assistencial não se efetivou por completo e os dois modelos (hospitalar e territorial) convivem lado a lado. A reordenação da política pública e da oferta de serviços disponíveis é sustentada pela discussão sobre os direitos das pessoas com transtorno mental participarem da vida em sociedade e desenvolverem seus potenciais, e sobre a natureza do transtorno mental com seus determinantes biológicos, ambientais ou psicológicos (Engel, 1977; Ministério da Saúde, 1988; Almeida Filho Coelho e Peres, 1999; Amarante, 2007).

Na proposta de mudança de modelo são apresentadas tecnologias, estratégias, serviços, dispositivos, técnicas para compor o modelo que substituiria a psiquiatria tradicional. Ballarin et al (2011) encontram uma saída semântica interessante ao agrupá-los como arranjos assistenciais. Estes arranjos, além dos serviços que compõem a rede, são compostos pelas ações que os profissionais lançam mão em seu trabalho

assistencial. Ressaltando esta participação profissional, aponta-se que a substituição do modelo assistencial não se dá pela simples substituição do Hospital pelos CAPS e outros serviços substitutivos. A reforma não está atrelada apenas ao lugar do acolhimento da pessoa com transtorno mental.

Os serviços de Atenção à Saúde Mental e, mais especificamente, os que compõem a Atenção Psicossocial implicam numa postura de abertura frente ao sofrimento psíquico que ultrapassa a designação legal que os sustenta. Neste cenário, a atuação do profissional é uma peça-chave. Quando os serviços e as políticas são implementados como pacotes impostos, ou seja, designados *a priori* sem que se tenha a participação dos profissionais nesta construção, não ficam claros ao trabalhador de Saúde Mental quais são as regras e limites da prática, gerando confusão e insegurança (Ramminger e Brito, 2011).

Neste sentido, a atuação e desenvolvimento dos profissionais ganham certo protagonismo. Diferentemente da oferta de serviços substitutivos pelo Estado e sua regulamentação, a atuação profissional possui certa singularidade. Merhy & Franco (2003) apontam esta distinção ao conceituar este desenvolvimento como tecnológico. Enquanto a primeira seria uma tecnologia dura (por sua imutabilidade), aspectos como acolhimento e vínculo seriam tecnologias leves, pois “dizem respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado” (Merhy & Franco, 2003, p. 138).

Desta forma, nossa pesquisa¹⁴ propôs-se a ir a campo conhecer e descrever a composição desta rede de atenção e seus arranjos assistenciais numa região específica, a 1ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Para tanto, foi realizado o Mapeamento da rede de serviços, dispositivos e profissionais desta regional.

2. Método

A escolha da 1ª Regional deu-se pela oportunidade que se abriu frente aos pesquisadores, a partir do encontro com os profissionais de Saúde Mental da Região. A partir deste encontro foi verificada a motivação comum entre os trabalhadores e os pesquisadores. Os trabalhadores da região se reúnem mensalmente no Comitê Regional Intersetorial de Saúde Mental, na Sede da 1a. Regional, situada em Paranaguá. Nossa

¹⁴ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná – SCS-UFPR, pelo parecer no. 896.740, em 12/02/2014.

pesquisa, que objetivava descrever a atenção a Saúde Mental os serviços e a atuação profissional, tomou como base os serviços referência em Saúde Mental para cada município.

A saúde é composta por aspectos objetivos como a classificação de doenças e as estatísticas das pesquisas epidemiologias, mas há, também, uma dimensão subjetiva, cujo objeto-modelo é heurístico (Almeida Filho, 2000), passível de análise qualitativa.

Tomamos aqui *rede* para além das designações legais e oferta de serviços, mas pela efetiva comunicação entre seus componentes. Desta forma, consideramos a prática clínica, o processo de comunicação e formação de rede como processos vividos (Holanda, 2003) em que há interlocução do humano, em que aspectos técnicos e pessoais dos profissionais estão em jogo, em conjunto com o tratamento e a atenção às pessoas com transtorno mental.

A coleta de dados foi feita a partir de entrevista semi-estruturada, cujo áudio foi gravado por gravador digital e transcrito. Após a transcrição, seguimos o método de análise proposto por Giorgi (1985), que conta com quatro passos essenciais: a leitura de toda a transcrição para se obter uma noção geral do todo o conjunto de declarações; Em seguida, o pesquisador relê novamente, desde o começo, com o objetivo de discriminar as 'unidades de significado', através da perspectiva psicológica com o foco do fenômeno que se pesquisa; Com as unidades de significado delineadas, o pesquisador expressa a compreensão psicológica contida nelas; Por fim, o pesquisador sintetiza todas as unidades de sentido numa descrição consistente das experiências daqueles sujeitos.

As entrevistas foram realizadas entre junho e outubro de 2014, com vinte e sete (27) profissionais (8 psicólogos, 4 assistentes sociais, 4 terapeutas ocupacionais, 3 enfermeiras, 3 psiquiatras, 2 técnicos em enfermagem, 1 oficineira, 1 pedagoga e uma estagiária de serviço social) de 6 serviços (4 CAPS I, Ambulatório de Saúde Mental e um Hospital). Na amostra, não foram entrevistados 4 profissionais: três (Enfermeira, Psicóloga e Oficineira) por não estarem presentes no dia da visita dos pesquisadores e uma psicóloga que começava as atividades no serviço exatamente no dia da visita. Os serviços possuem profissionais para as funções administrativas e de serviços gerais que não estão presentes na amostra.

3. O perfil dos profissionais e dos serviços

Os profissionais participantes da pesquisa são, em sua maioria, do sexo feminino (78%), oriundos de seis áreas de ensino superior e duas de nível médio. Notamos que 44% (12 profissionais) realizaram curso de pós-graduação na área de saúde mental. A maior parte dos profissionais é adulto jovem (20-29 anos) ou adulto (30-49 anos). Apesar de a grande maioria (19 ou 70%), ser graduado a mais de 6 anos, 15 (62%) deles estão a menos de dois anos nos serviços. Este curto período de tempo de inserção nos serviços pode ser atribuído à recente inauguração da maioria dos equipamentos (conforme Tabela 1). Porém, nota-se que no CAPS I B e D houve trocas recentes na equipe.¹⁵

Serviço	Inauguração	Profissional mais antigo
CAPS I B	2007	Desde 2012
Hospital F	2010	Desde a inauguração
CAPS I A	2011	Desde a inauguração
CAPS I D	2012	Julho 2013
CAPS I C	2013	Desde a inauguração
Ambulatório E	2014	Desde a inauguração

Tabela 1

A maioria dos profissionais (16 ou 59%) trabalha exclusivamente nos serviços pesquisados. Aqueles que possuem outros vínculos trabalham em consultórios particulares, outros serviços de saúde ou comunidades terapêuticas e um profissional atua com professor no Ensino Superior. Todos os profissionais psiquiatras trabalham em outros serviços. Diferentemente das outras profissões, os psiquiatras trabalham em mais de um dos serviços pesquisados, assim, o psiquiatra do Ambulatório E é o mesmo do CAPS D, e o psiquiatra do CAPS A é o mesmo do CAPS B e Hospital F (além de realizar consultas nos ambulatórios de Saúde Mental de dois municípios).

4. População e Acolhimento

Os serviços pesquisados são referência em Saúde Mental para seus municípios, desta forma, recebem encaminhamentos de diversos serviços e usuários com demandas variadas. Os CAPS têm o público mais variado. Os serviços hospitalares têm uma ação voltada para as questões individuais do usuário. No Ambulatório realizam-se consultas individuais com horário marcado. Em casos de internação, voltados para situações de crise, a ação é baseada prioritariamente na medicação e atenção médica clínica. O ambulatório recebe adultos, crianças e adolescentes com transtornos mentais para

¹⁵ Apresentaremos os serviços de forma codificada para preservar a confiabilidade das informações.

acompanhamento, enquanto as internações no Hospital F são destinadas a pacientes em crise e tentativas de suicídio.

Os CAPS são todos da modalidade I e, conforme regulamentação, recebem todos os públicos. Observamos que há uma preocupação em identificar o público que deve ser acolhido e se beneficiará pela atenção desempenhada pelo CAPS, daquele que deve ser encaminhado ou acolhido por outros serviços da rede. Isso se dá pela razão de organizar a demanda e pela capacidade de atendimento e tratamento do serviço. São emblemáticas as frases que identificam “*pacientes que não são de CAPS*” (P6) e ou que se “*avalia o caso o que é de CAPS mesmo*” (P17). Nos casos dos usuários adultos notamos que o “*paciente de CAPS mesmo*” é aquele que apresenta transtorno mental severo com perda da capacidade de realizar atividades cotidianas, em relacionamentos interpessoais e isolamento social.

“A severidade eu entendo como assim, uma esquizofrenia é fácil de identificar, uma depressão grave também. Geralmente no acolhimento dá para perceber se é um caso severo ou não. A maioria dos casos já vem com uma carga de medicação, então a medicação também é um termômetro para saber se o caso é severo ou não. A quantidade de medicação que a pessoa toma ou vem tomando.” (P26)

“Se a pessoa está com agitação psicomotora, geralmente nesses casos, o severo é nítido. Ou ele está delirante, ou ele está na fissura por droga, ou ele está com agitação psicomotora.” (P25)

Há também o público de usuários de álcool e outras drogas. Neste caso, “o usuário de CAPS mesmo” é aquele motivado para abandonar o uso, que não faz o uso durante o tratamento e que necessita de internação de forma constante.

“Então, dependendo do acolhimento: olha, você quer mesmo parar? Né, ou recaiu, eu já... a gente já acerta (...). Se fosse um CAPS AD, eu poderia ter um grupo para esses que não aderem. Esses que são intermitentes às vindas são muito esporádicos, poderia até ter um grupo desses, mas eu não tenho.” (P6)

No público juvenil, nota-se diferenciação no acolhimento dos usuários encaminhados pela rede assistencial e daqueles encaminhados pelo poder judiciário. Essa diferença se dá pela forma de vinculação do adolescente ao serviço. Uma vez que o CAPS é um serviço aberto, encontra dificuldades de atuar com um usuário que não queira frequentar o serviço.

“Estava chovendo, chovendo, chovendo pedidos [da Justiça] e então eu resolvi colocar só na quinta-feira. (...) Só que eles não vêm. É um público, assim, que vem por obrigação e acabam não vindo. (...) Não dá para ficar correndo atrás eles se resolvem a hora que aparecer a vaga está reservadinha.” (P17)

O acolhimento a diferentes públicos é uma característica central dos serviços, especialmente dos CAPS I. Esta diversidade influencia a organização dos serviços: há a preocupação de não misturar os públicos e de oferecer atividades específicas para cada grupo.

5. Os Arranjos Assistenciais – Objetivos, Dispositivos, Patologia e Sofrimento

A estruturação dos serviços e sua oferta terapêutica apoiam-se além da regulamentação ministerial, nos recursos materiais disponibilizados pela gestão e também nos recursos humanos. Os arranjos assistenciais promovidos pelos serviços estão baseados na qualificação e disposição dos seus profissionais; a organização da oferta de grupos e atendimentos são reflexos da noção de sofrimento e patologia dos profissionais, sua capacidade de acolhimento a estas questões. Os serviços hospitalares mostram organização tradicional, centrada na doença e na relação médico-paciente, com consultas marcadas ou visitas aos leitos de internação. Não oferecem atendimento em grupo ou atividades lúdicas. A atenção se restringe aos atendimentos individuais e administração das medicações.

Os CAPS apresentam maior diversificação de atenção (ao usuário propriamente dito, a sua família e à Rede). Observamos cinco atividades que são oferecidas por todos os serviços de CAPS, ainda que cada qual a sua maneira: Acolhimento; Grupos Terapêuticos; Atendimentos Individuais; Oficinas; e a Medicação. Na estruturação da

grade do serviço ainda é possível observar um horário para a reunião de equipe. São, por fim realizados encaminhamentos e diálogos com outros serviços, mas isso não está na grade. Observamos relatos de atividades espontâneas que não estão na agenda e não ocorrem com horário marcado. Estas atividades são relacionais, ligadas alguma necessidade específica: ajuda para higiene pessoal e cuidados básicos e nos horários de alimentação.

O **Acolhimento** é apontado de duas formas: o momento da chegada do usuário ao CAPS, e o ato de aceitar e admitir o usuário no serviço. O momento da chegada do usuário ao CAPS é realizado de forma diferenciada por cada serviço. No CAPS A, os acolhimentos são feitos pela mesma profissional, a coordenadora. No CAPS B, o acolhimento é administrativo com preenchimento de uma ficha na recepção e posterior atenção dos profissionais da assistência. No CAPS C, o acolhimento é feito pelos profissionais com hora marcada. Já no CAPS D, é feito por todos os profissionais, a qualquer momento de procura ou busca.

“Qualquer profissional de nível superior faz esse acolhimento com o indivíduo que chega.” (P5)

Nos discursos dos participantes, acolhimento ultrapassa o momento da chegada e admissão no serviço: é a noção de que o CAPS é um lugar de estabelecer vínculos e relações.

“Há situações também quando o paciente vem de fora de uma outra cidade ele vem com encaminhamento direto para cá, porque ele já tem acompanhamento em CAPS, e ele precisa desta unidade de acompanhamento, daí a gente faz o acolhimento também” (P6)

O Acolhimento acumula o objetivo de fazer uma avaliação inicial do usuário. Os profissionais de todos os serviços relataram decidir em conjunto as atividades que cada usuário será inserido. Não foi relatado o formato de formulação de PTS (Plano Singular Terapêutico), tal qual orientado pelo Ministério da Saúde (2007).

“A gente direciona qual vai ser o tipo de atendimento junto com o paciente. Quantas vezes vai precisar vir, qual grupo ele vai ser inserido, se vai precisar fazer só grupo, se vai fazer grupo e individual. Então o objetivo dessa avaliação seria isso. Conhecer o paciente como um todo, pra ver qual o melhor atendimento pra ele naquele momento.” (P8)

“Depois do acolhimento são feitos todos os atendimentos, psicossocial, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, pedagogia. Aí tem o atendimento individual e em grupo. Encaixamos eles nestas duas modalidades.” (P3)

Os **Grupos Terapêuticos** são atividades centrais no funcionamento dos CAPS, porém, cada serviço utiliza este dispositivo de forma diferente. A seleção dos participantes do grupo e seus objetivos são as principais características destas atividades. De forma geral, a seleção dos participantes é feita pelo diagnóstico. A organização da assistência como um todo segue este padrão. Observamos que os usuários, selecionados por diagnóstico, tem um dia agendado para frequentar o CAPS, salvo em caso de necessidade e de maior atenção.

“A gente monta em grupos separados, também não tem como misturar. Vem pra cá e a gente atende a todos os tipos. Esquizofrenia, é... bipolaridade, vai até a drogadição, o alcoolismo, então... todos os tipos de transtornos e dependências químicas.” (P3)

“Temos o grupo de transtornos mentais na segunda feira, de família na terça, de depressão na quarta e de dependência química na quinta. O grupo que está andando devagarzinho é o de adolescente.” (P3)

Em cada CAPS, os grupos servem a propósitos diferentes. Podem ter caráter psicoterapêutico (com ênfase em psicoterapia de grupo), de orientação (como organização da rotina e da medicação), ou de forma mais abrangente, como roda de conversa ou atividades livres. Nos serviços pesquisados, os grupos terapêuticos são conduzidos por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Enfermeiros e médicos não afirmaram realizar estas atividades.

“São com roda de conversa, dinâmica de grupo. A maioria são temas livres, (...) eu trabalho com o que eles trazem. Às vezes eu trago filme, né. Em algumas situações exige-se grupo mais focal, mas de maneira geral é mais roda de conversa, mesmo.” (P8)

“Trabalhava principalmente com dinâmicas, poucas, uma ou duas vezes com roda de conversa, e as outras vezes com dinâmicas. Pensando sempre em controle de fissura, organização de rotina, prevenção de recaída, organização de objetivo a curto prazo, a longo prazo, medidas a serem tomadas para esses objetivos, o que é que eu realmente estou fazendo para chegar lá, e uma avaliação constante, semanal, e controle de medicação, ver o que cada um está tomando, ver se está funcionando, encaminhando para o nosso psiquiatra para estar reorganizando essa medicação.” (P5)

Com exceção do CAPS C, todos os CAPS realizam um grupo de familiares. Esta atividade tem uma periodicidade menor que os outros grupos (uma vez por mês) e tem o objetivo de aproximação e orientação. A utilização dos grupos pode ser potencializada com o olhar atento e clínico dos profissionais. Num dos CAPS, os profissionais, ao realizarem autocrítica e autoavaliação foram inventivos e criaram novas possibilidades. Ao perceberem que o CAPS tinha dificuldades em dar alta aos pacientes, resolveram pensar o porquê disso. Realizaram, então, um grupo de preparação para alta, na qual trabalha as relações sem o CAPS e as atividades da vida.

Os **Atendimentos Individuais** são citados por todos os serviços. O atendimento individual serve para avaliação de cada profissional. Como forma contínua, os atendimentos individuais são realizados por psiquiatras, enfermeiros e psicólogos. A consulta psiquiátrica segue o modelo ambulatorial, um momento para o paciente falar sobre o que se passa e o psiquiatra avaliar. O atendimento dos enfermeiros é uma complementação do trabalho biomédico. Além da avaliação, há o acompanhamento individual com fins terapêuticos. Diferentemente dos ambulatórios, em que o foco é individual e progressivo, os atendimentos individuais são complementares ao trabalho de grupo e destinados para aqueles que ainda não conseguem participar de grupos ou

para aqueles que têm uma necessidade de atenção maior do que a disponibilizada pelo grupo.

As **Oficinas** são propostas de trabalho em grupo com objetivos diferentes dos grupos terapêuticos e representam uma proposta alternativa, criativa, intermediada por uma atividade central. Nos serviços pesquisados, observamos a oferta de oficinas de pintura, artesanato e crochê; computação; horta; hidroginástica na piscina; e de caminhadas e alongamento. Se, por um lado, são ligadas a figura de um artesão ou artista, por outro, também podem ser desempenhadas pelos outros profissionais (terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e voluntários descreveram ações de oficina em nossa amostra).

“A gente tenta deixar eles livre pra escolher. Tem uns que gostam de pintar, tem um que gosta de costurar, tem um que gosta de mexer com cerâmica, tem um que gosta de mexer com colagem, crochê, tricô. Então, toda área de artesanato que você imaginar eu ensino eles. Esse é um ponto assim pra eles relaxar, eu não cobro eles (...). Eu deixo livre.” (P7)

A oferta destas atividades depende dos conhecimentos teóricos, habilidades técnicas e disposição pessoal dos profissionais e da disponibilidade de recursos materiais pelo serviço, pela administração municipal ou pela comunidade.

“Vai atrás! É tudo assim, a gente que vai atrás. Parcerias, parceria com o sindicato, tem a chácara aqui a nossa disposição, tudo é parceria. Cultura, pessoal da agricultura vem aqui, doa a terra, doa as mudas.” (P21)

“Eu tenho tendo desenvolver trabalho, como uma atenção geral. Como eu sou generalista eu trabalho nesse tipo de atenção. Identificando possíveis problemas de saúde no geral. (...) Vejo a questão da parte motora deles trabalhando alongamento, caminhadas, exercícios, aeróbica. (...) Então, mas eles aceitam bem, aderem bem. É bem interessante.” (P20)

Observamos, por outro lado, que quando um profissional não tem habilidade ou disposição para o trabalho em grupo, há dificuldade na evolução do processo.

“[Eu] fazia um grupo, antes (...) mas via que não tava muito evoluindo. Por que não tinha como fazer uma dinâmica, por que não é a minha área, né? Então a gente achou mais viável estar em todos os grupos, perguntando como que tava sendo a organização do remédio, como que tava sendo as consultas com o psiquiatra, que daí agora está bem mais viável.” (P2)

A prescrição, a rotina e o uso da **Medicação** são preocupações centrais na atividade do CAPS. A prescrição é função privativa do médico psiquiatra, já a rotina e organização do uso são divididos entre os outros profissionais, especialmente com os enfermeiros. Os usuários com maiores dificuldades para compreensão ou organização da rotina recebem atenção particularizada mais constante e próxima.

“Tem pacientes que a gente faz dose supervisionada, que daí tem que vir todos os dias porque não está se adaptando à medicação.” (P8)

“Então eu tenho alguns pacientes que são comprometidos... bem comprometidos e não tem um familiar para saber da medicação, cuidar da medicação deles. (...) Você vê que eles não conseguem conduzir a terapia medicamentosa, eu dando pra eles, então eu separo (...) por pacotinhos de manhã de tarde e à noite eu estou sempre trabalhando isso com eles.” (P20)

A oferta da medicação, realizada pelo município, é constante. Há uma dificuldade maior ligada à variedade de medicações e burocracia para aquelas fornecidas pela Secretaria Estadual, no entanto, ao final, acessa-se as medicações.

“Temos a quantidade de classes de remédios. Aqui eu tenho dois antidepressivos, dois estabilizadores de humor, um ansiolítico. Não que não funcione, resolve, mas e aquele paciente que já usou e não resolveu? Precisaríamos tentar outras classes de medicamentos para tentar beneficiar e ver se o paciente tem alguma melhora, (...) e o paciente tem que comprar. Mas no geral o acesso não é difícil, mas infelizmente temos esta restrição das classes dos remédios.” (P27)

Os usuários com maior desenvoltura para lidar com estas questões recebem mais autonomia para este cuidado e para a condução de seu processo. O cuidado com a medicação reflete o cuidado de si e a compreensão dos sintomas e do sofrimento.

“Todo paciente que entra em crise, você pode olhar que a medicação: ele deixou de tomar (...). Todos, todos. 100%. Eles deixam de tomar por quê? Porque eu sempre falo para eles: ‘pessoal, quando vocês veem que vocês estão ótimos é porque está casando muito bem a medicação com a terapia. Então, todo aquele sintoma some, e vocês acham que a doença sumiu’. Infelizmente, o transtorno mental é uma doença crônica. Tem controle, mas não tem cura.” (P6)

O processo de cuidado com a medicação é um fator concreto e observável da forma como um usuário cuida de si. Há uma percepção de que o CAPS cumpre seu papel quando um usuário consegue administrar a medicação e suas relações sem a presença constante da equipe.

“Um paciente que está estabilizado ele está aqui há mais de um estável, seja por uma depressão mais grave ou transtorno de ansiedade talvez, se esse paciente não apresentou nenhuma alteração de quadro dentro de um ano, é encaminhado para uma unidade de saúde para dar continuidade no tratamento.” (P20)

“[A alta] não é tanto com relação ao tempo [de acompanhamento], é mais com relação à questão da necessidade [do usuário].” (P8)

A melhora das condições de vida do usuário e de seus sintomas é um dos principais motivos para realizar **Encaminhamentos** ou contato com outros serviços. Além da alta, vulnerabilidade social, condições clínicas ou atenção à crise representam as necessidades de encaminhamento. Notamos que há poucas interações com outros serviços, como reuniões ou matriciamento. Estes dispositivos são mais utilizados em casos-problema, que desafiam a equipe ou cujos problemas não podem ser desenvolvidos apenas pelo CAPS. O CAPS organiza sua atenção conforme as demandas

dos usuários no serviço. Desta forma, notamos que a organização do serviço com grade horária e atividades planejadas, por um lado, facilita a organização do serviço, mas por outro, dificulta a relação e conexão dos serviços.

“Tem bastante reuniões (...) eles vêm mais eles aqui do que a gente lá, porque eles não têm grade de atendimento. Nós temos meio... É tudo cronometrado.”
(P6)

A organização do serviço em grade horária tem um espaço para reunião de equipe. Todos os CAPS têm um momento de **Reunião de Equipe**, e para discussão dos casos. A reunião é vista como um momento especial para equipe como um espaço para capacitação, organicidade, avaliação dos casos e decisão de condutas entre a equipe.

“[Na reunião de equipe] nós discutimos alguns casos, algumas altas, algumas patologias, nós realizamos também a formação continuada (...) no auxílio da nossa evolução profissional, nós estudamos, digamos assim, toda segunda-feira de manhã dentro da reunião.” (P1)

Neste processo de estruturação, observamos que, na percepção dos profissionais, o CAPS tem efeito importante na vida de seus usuários. As atividades terapêuticas têm função primordial, ao oportunizar catarses, relaxamento, criatividade, conhecimento e percepção de si. A medicação tem efeito importante, uma vez que oportuniza uma estabilização dos sintomas, mas também o conhecimento da função e seus efeitos sobre a própria vida dos usuários. No entanto, é possível notar que o acompanhamento para usuários de álcool e outras drogas não é tão efetivo quanto para os usuários com outros transtornos mentais. Nota-se, no discurso dos participantes, que há um entendimento que o transtorno mental é uma condição, algo que não passa e com o qual se deve conviver; já aos usuários de álcool e outras drogas, a abstinência tem um caráter central no cuidado. Não se observou cuidados baseado na estratégia de redução de danos.

Não é fortuito haver um maior número de pedidos para internação dos casos de usuários de álcool e outras drogas em relação às pessoas com outros transtornos

mentais. Se há a noção de que o usuário de drogas não deve ter contato com a droga, o internamento cumpre com certo sucesso este objetivo.

“A maioria [dos usuários que precisam de internação] são casos de dependência química. Transtorno bem pouco, a gente tem conseguido mantê-los aqui estabilizados em condição no CAPS.” (P21)

“[Atendemos] dependente químico, só que (...) o dependente químico que vem e sai, vem e sai, não é um cliente mais fixo do serviço devido a essas recaídas, às vezes quer, às vezes não quer o tratamento” (P5)

A dificuldade em seguir o acompanhamento sugerido pela equipe não é uma questão restrita aos usuários de drogas. Não querer o tratamento, não querer sair do CAPS ou apresentar alguma resistência ao melhorar os sintomas são questões importantes que impõem impasses aos serviços. Estes casos estão na contramão da ideia de Saúde como completo bem-estar físico, mental e social. Os objetivos do tratamento, conforme relatos dos profissionais, são elevação da autoestima, reinserção psicossocial, trabalhar a adesão ao tratamento e a supressão dos sintomas. Ora, o que os profissionais podem ou devem fazer com usuários que não querem atingir o objetivo do tratamento?

Aqui é importante retomar a função da atenção, do acolhimento e do diagnóstico. A que se refere o “não querer melhorar”, em relação à patologia e à posição do usuário frente a si mesmo e ao mundo? Alguns participantes apontam relação com a perícia do INSS: melhorar significa perder concessão de benefícios. Outra possibilidade são usuários que não querem melhorar, pois ao receber alta do CAPS, perderão seu único lugar de convivência. Há casos em que é uma manifestação própria da psicopatologia. Ora, no que afinal, consiste a experiência do “sofrer”? “Aproximar-se da patologia, descrevê-la na sua totalidade, encará-la como uma realidade, implica em encarar o sofrimento humano – não como objeto alheio a nós, mas como realidade concreta – na sua clareza e na sua mais profunda crueza” (Holanda, 2001, p. 35). Portanto, fala-se de problemas como este que colocam a destreza e a capacidade do profissional e da equipe em Saúde Mental. Neste ponto, os profissionais assumem um protagonismo que envolve aspectos técnicos, éticos e pessoais.

6. O protagonismo profissional – entre o técnico e o pessoal

A atenção oferecida pelo CAPS não se restringe às atividades que podem ser organizadas em grade horária ou a partir da prescrição e manejo da medicação. O CAPS é um lugar de estabelecimento de vínculos, tanto para os usuários quanto para os trabalhadores. Neste processo, a figura da coordenação é fundamental para o andamento das atividades do CAPS. É a coordenadora que faz a relação política com a gestão, é responsável pela gestão administrativa e humana e, em algumas ocasiões, funciona como supervisão técnica para os demais.

A coordenadora precisa mediar rixas ou desavenças entre a equipe, entrosar e motivar os profissionais a sentirem-se, de fato, uma equipe. No caso da nossa amostra, as coordenadoras mantêm-se realizando assistência, e não raro, dispõem-se a assumir os casos de condução mais difícil. Além disso, a Coordenadora precisa dar autonomia para o trabalho dos profissionais ao mesmo tempo em que precisa proporcionar uma unidade e características próprias ao trabalho. É a coordenadora que sente os limites da equipe e serve de ponto de apoio para as decisões da equipe.

“[A oficina], na verdade, é materializar a sua reabilitação. Quando a coordenadora me pediu para tocar a eu falei assim: 'eu posso fazer do jeito que eu visualizo?' Ela respondeu: 'Pode' (...) [hoje, a oficina] Está linda! Sinal que o nosso grupo está muito bom.” (P22)

“E até, às vezes, nossa, porque a gente acaba criando vínculo, e fica assim, tanto que você vê, a coordenadora, principalmente. Ela pega pacientes que teoricamente não poderia, porque o paciente chega aqui, está muito mal, ela diz que não tem como abandonar esse paciente, vamos ter que atendê-lo.” (P8)

A função da coordenadora é fundamental para a organicidade, equilíbrio e celeridade dos processos de cuidado. Ela centraliza as informações e precisa ter a visão do todo. É ela que vai representar o serviço frente à gestão e intermediar as relações institucionais. Poderíamos dizer – seguindo a designação proposta por Merhy & Franco (2003) – que a coordenadora precisa lidar com mais frequência com as tecnologias 'duras' e 'leve-duras' do que os outros profissionais. É a partir do sucesso desta mediação que o serviço poderá desempenhar com segurança as 'leves'. As tecnologias leves,

relacionais, podem ser exemplificadas por acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização (Jorge et al, 2011). Podemos dizer que estas ações de convivência e trato com os usuários passa pela disposição e vontade pessoal dos seus profissionais. A perspectiva do cuidado e do acolhimento tem uma dimensão ética e humana maior do que uma questão técnica e formal.

“Na verdade, a gente trabalha mais por uma coerência do que por uma regra. A gente bem que tem a regra, mas a gente usa mais o senso, a sensatez do que a regra em si. (...) nesse diálogo eu percebo que essa pessoa realmente é pessoa para ser atendida aqui no CAPS, eu não tenho porque falar para a pessoa fazer essa via sacra.” (P25)

Desta forma, além da dimensão técnica, há uma dimensão pessoal bastante relevante para o sucesso de um CAPS. Estas dimensões, em muitas vezes, são mescladas, afinal o projeto profissional de cada um é também pessoal. Neste caso o desenvolvimento técnico precisa fazer parte da rotina.

“Nós temos um projeto aqui no CAPS, cada profissional tem um projeto, que vai desde a formulação até a parte de serviços gerais. Cada profissional tem um projeto e o meu projeto é justamente esse: desenvolver a questão do grupo.” (P1)

Notamos que a percepção do profissional e sua doação pessoal são fatores fundamentais para que novas estratégias surjam e que não o trabalho assistencial não se transforme numa reprodução morosa das obrigações técnicas.

Destacamos um o exemplo de participante interessante: um dos participantes se utilizou do TCC de uma pós-graduação em Saúde Mental para realizar um projeto de intervenção no CAPS em que trabalha. A partir da oportunidade técnica, o profissional usou suas percepções clínicas e criatividade pessoal para criar um dispositivo de atenção.

Notou a necessidade de trabalhar com as relações pais e filhos dos usuários adultos. Para além do diagnóstico era possível acolher as relações destas pessoas com seus filhos. Valoriza-se assim os sujeitos e não o transtorno.

“Isso partiu de uma observação minha aqui do atendimento, mesmo, né? Nesse grupo eu trabalho com eles a questão do limite, do afeto. (...) É um trabalho mais preventivo levando em consideração que eles [os filhos de pessoas com transtorno mental] têm probabilidade de também desenvolver algum tipo de transtorno. Então, esse é um grupo mais focal para falar da relação familiar, mais especificamente pais e filhos.” (P8)

Num outro exemplo, um médico psiquiatra aponta a necessidade de não se ter pressa em fechar um diagnóstico, utilizar informações que ele mesmo colhe e ser criativo no processo de coleta de informações. Para a construção do diagnóstico de um menino, pediu-lhe, no segundo atendimento, que fizesse um jornal sobre sua vida. Com estas informações fechou um diagnóstico após um mês de atendimento.

“Eu tenho menino aqui que para nós firmarmos o diagnóstico dele eu utilizei quatro encontros.(...) Então eu consegui construir um diagnóstico pra ele, a partir daí nós fechamos um diagnóstico. E ele veio dizer aqui da felicidade, de como vida dele se organizou, como ele agora está esperançoso, como ele está alegre, como ele está pra vida.” (P14)

Nestes exemplos, podemos observar que os profissionais que se dispõem à assistência, vivenciam as dificuldades e os avanços de seus usuários. Ao investirem tempo e dedicação ao trabalho, retiram satisfação pessoal dos resultados. Da mesma forma, quando os resultados não saem como esperado, ou de alguma forma são obstaculizados, os profissionais sentem a frustração e o desânimo no processo. Trabalhar na promoção de direitos de pessoas com transtornos mentais implica no tensionamento das relações dos profissionais que não conhecem ou tem resistência em lidar com esta população.

“Acho que a gente faz o possível e o impossível para que dê mais certo. A gente procura ter um olhar assim, humanitário. (...) Eu acho que a gente não atingiu a perfeição porque nunca vai conseguir. Mas, assim, a gente tem uma vontade imensa e a gente bota em prática tudo o que a gente tem vontade. Não sei se vai dar certo, mas a gente bota.” (P10)

“Nós profissionais de CAPS precisamos tomar muito cuidado com a nossa saúde mental. Só que a gente acaba alterando até o nosso próprio perfil no trabalho, na equipe, passamos por algumas modificações mesmo no próprio trabalho, e acabamos nos tornando uma equipe diferenciada de onde nós estamos.” (P23)

Além da promoção de direitos, na atenção a pessoas com transtorno mental, trabalha-se com a subjetividade das pessoas, com aprendizado e crescimento. Assim como os usuários, os profissionais encontram-se, além das questões técnicas, com suas dificuldades pessoais. Desta forma, o trabalho com sofrimento mental exige certa suportabilidade à própria angústia e abertura a se desenvolver.

“Este caso deste menino que, meu, mexeu muito aqui comigo e aí surgiram várias ideias”. (P17)

“Eu tive que aprender muito aqui dentro (...) Eu achava eu tinha que ajudar todo mundo (...) Eu aprendi a dizer não em alguns momentos.” (P7)

Neste trabalho, que nos coloca frente a impasses técnicos e pessoais, a resposta não provém apenas de protocolos ou manuais. Aqui se aponta um impasse no caminho de se fazer Saúde, e mais propriamente neste caso, Saúde Mental. Há a exigência de melhorar a vida do usuário, diminuir seu sofrimento, promover seu bem-estar. Porém, há as exigências técnicas e administrativas em atender o usuário, oferecer grupos, atendimentos, evoluir em prontuário e documentar as ações, de forma que é possível cair no engodo de que, ao fazer isso, chega-se ao objetivo da Saúde Mental.

Neste sentido, Holanda (2001) marca um ponto de diferença entre duas posições da natureza humana passíveis de comparação: a liberdade e a escravidão. A escravidão,

neste caso, não está ligada a grilhões e correntes; falamos de alguém que fica alheio a si e dependente de modelos externos para guiar seu julgamento e suas ações. Em Saúde Mental, a escravidão é comparável à postura do burocrata, que busca repetir o mesmo modelo a todos e a si; que se esforça em oferecer grupos, oficinas, confraternizações, mas não se acessa a experiência ou o sofrimento de quem está vulnerável.

O trabalho em Saúde Mental coloca-nos diante de uma constante retomada. A liberdade não deve ser igualada à conquista e satisfação das vontades, à chegada de um fim, mas justamente, à capacidade de *reconhecimento* de si. Afinal, “(...) é doloroso, é cansativo, é laborioso ser livre. A liberdade não é um estado de espírito, mas uma condição humana; e como tal, ela não pode 'ser' conquistada, mas deve 'estar sendo' continuamente conquistada” (Holanda, 2001, p. 33). Se, em Saúde Mental, falamos em corresponsabilização, é justamente neste sentido: profissionais e usuários assumem em conjunto a tarefa contínua de serem livres e criativos assumindo o sofrimento como condição humana, mas com a possibilidade de compreensão e crescimento.

Considerações Finais

A promulgação da Lei 10.216 representa um avanço para os direitos das pessoas com transtornos mentais por estabelecer seus direitos a acesso às informações de seu tratamento e uma mudança de modelo que privilegia a inserção comunitária. O movimento de trabalhadores que mobilizou a sociedade discutindo o lugar da loucura não se resumiu a demanda pela mudança de lugar de tratamento da loucura, mas uma mudança no lugar do louco na sociedade. Reafirmando o sofrimento e a liberdade como condições humanas, este lugar precisará ser continuamente retomado. “A reforma psiquiátrica necessária só será feita por profissionais e gestores que sejam relíquias e tenham dedicação integral ao semelhante vendo a dor do outro como se fosse a própria dor. Dispostos a se criticarem e reverem posições, já que não há batalha vencida nem vigor que não arrefeça entre pessoas informadas e livres” (Delgado, 2011, p.4706).

Neste sentido, faz-se necessário conhecer os arranjos assistenciais encontrados pelos profissionais que assumem esta responsabilidade de trabalhar com Saúde Mental. A descrição dos dispositivos utilizados nos serviços tem a pretensão de conhecer como se dá esta organização. Pudemos encontrar formas estanques e criativas em todos os

serviços. Encontramos soluções humanas e criativas como também práticas irrefletidas na atenção do sofrimento mental.

Neste sentido, apontamos também a diferença entre a compreensão dos objetivos de tratamento entre os usuários de álcool e outras drogas para os usuários com outros transtornos mentais. Se, por um lado, os profissionais, de forma geral, veem o transtorno mental como algo crônico para o qual a pessoa precisa conhecer e conviver dentro de sua singularidade, por outro, veem o objetivo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas de maneira genérica: a interrupção do uso. Não seria o caso, da mesma forma, de conhecer a necessidade do uso para cada pessoa singularmente?

É mister para o desenvolvimento do cuidado para a pessoa com transtorno mental – em especial para a Atenção Psicossocial – a produção de conhecimento científico sobre as formas relacionais de cuidados, as tecnologias leves, em especial sobre as práticas terapêuticas grupais; sobre formas de desenvolvimento humano dos profissionais; e sobre a função de gestão e coordenação e suas implicações clínicas. Fazemos estas indicações sem a pretensão de esgotar o problema, pois: “Mudar mentalidades é impossível, dado que estas se fundamentam em memórias e em experiências que são inextinguíveis. Todavia, ampliar horizontes é expandir memórias e, assim, aumentar as possibilidades de mudança e diminuir as repetições de erros” (Holanda, 2001, p. 32-3).

Finalmente, sem desmerecer a necessidade de pesquisas quantitativas e que tem a doença como objeto, retomamos o caráter heurístico do objeto em saúde mental, evidenciando sua importância. Ao encarmos Saúde como direito, é conveniente despertar a curiosidade sobre a sua dimensão subjetiva em outras áreas da Saúde, tal qual a Saúde Mental.


Referências

- Almeida Filho, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3 (1-3), 4-20.
- Almeida Filho, N., Coelho M. T. A. & Peres M. F. T. (1999). O Conceito de Saúde Mental. *Revista USP*, 43, 100-125.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ballarin M.L.G.S; Carvalho F.B.; Ferigato S.H.; Miranda I.M.S. & Magaldi C.C. (2011) Centro De Atenção Psicossocial: Convergência Entre Saúde Mental e Coletiva. *Psicologia em Estudo*, 16 (4), 603-611.
- Brasil (2001). Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental). Brasília: Senado Federal. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil. Ministério da Saúde (2002) Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Publicada no DOU de 20 fevereiro de 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Delgado, P. G. G. (2011) Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), 4701-4706.
- Devera D. & Costa-Rosa (2007) A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1) p. 60-79
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical Model: A challenge for Biomedicine. *Science New Series*, 196 (4286), 129-136.
- Jorge, M.S.B.; Pinto D.M.; Quinderé, P.H.D.; Pinto A.G.A.; Sousa, F.S.P. & Cavalcante, C. M.; (2011). Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(7) 3051-3060.

- Giorgi, A. (1985). Sketch on a Psychological Phenomenological Method. In: Amedeo Giorgi (Org.). *Phenomenological and Psychological Research* (pp. 8-22). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Holanda, A. F. (2001), Psicopatologia, Exotismo e Diversidade: Ensaio De Antropologia Da Psicopatologia. *Psicologia em Estudo* 6(2), 29-38.
- Holanda, A. F. (2003). Fundamentação Fenomenológica da Pesquisa do Vivido. In: I.I. Costa, A.F. Holanda, F. Martins & M.I. Tafuri (Orgs). *Ética, Linguagem e Sofrimento*, Brasília: Abrafipp.
- Menezes, M. e Yasui, S. (2009). O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (1), 117-126.
- Merhy, E.E. & Franco, T.B., (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-23.
- Ministério da Saúde (1988) *I Conferência Nacional de Saúde Mental 25 a 28 de junho de 1987 Relatório Final*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde : Brasília.
- Ministério da Saúde (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Mondoni, D. & Rosa, A. C. (2010) Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 26 (1), 39-47.
- Ramminger, T. & Brito, J. C. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de Saúde Mental. *Psicologia & Sociedade*; 23(n. Spe.), 150-160.

ANEXOS

Anexo 1 – Projeto de Aprovado pelo CEP – SCS- UFPR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS - 								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA								
Título da Pesquisa: Atenção em Saúde Mental no Paraná: Serviços, profissionais e Dispositivos de Atenção na Regional do Litoral								
Pesquisador: Adriano Furtado Holanda								
Área Temática:								
Versão: 4								
CAAE: 25380113.6.0000.0102								
Instituição Proponente: Departamento de Psicologia								
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio								
DADOS DO PARECER								
Número do Parecer: 896.740								
Data da Relatoria: 02/12/2014								
Apresentação do Projeto:								
Trata-se de um estudo quali-quantitativo que será realizada nos municípios da 1ª Regional de Saúde do Paraná composto pelos municípios de Antonina, Guaraqueçaba, Guraratuba, Matinhos, Paranaguá e Pontal do Paraná. São presponsáveis pelo estudo os pesquisadores Adriano Furtado Holanda, Bruno Jardini Mäder, Calirú Vieira Corrêa e Camila Mühl. A finalidade da pesquisa é a descrição dos serviços, a atuação profissional e os dispositivos de atenção ofertados. Essa pesquisa busca mapear os serviços e recursos disponíveis, bem como compreender as relações entre profissionais, usuários e sistema, tomando por informantes os próprios profissionais da rede de saúde mental, através de questionários, escala e entrevistas.								
Objetivo da Pesquisa:								
Realizar o mapeamento dos dispositivos de atenção, dos profissionais, dos serviços e da rede de atenção a saúde mental do Litoral do Paraná.								
1) Mapear a rede de atenção a saúde mental na 1ª regional de saúde do Paraná;								
2) Descrever a atuação dos profissionais que fazem parte da rede de atenção a saúde mental na 1ª regional de saúde do Paraná;								
3) Investigar os dispositivos, recursos e modelos de cuidado ofertados na rede de atenção a saúde								
<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Endereço: Rua Padre Camargo, 280</td> <td>CEP: 80.060-240</td> </tr> <tr> <td>Bairro: 2º andar</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: PR</td> <td>Município: CURITIBA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (41)3360-7259</td> <td>E-mail: cometica.saude@ufpr.br</td> </tr> </table>	Endereço: Rua Padre Camargo, 280	CEP: 80.060-240	Bairro: 2º andar		UF: PR	Município: CURITIBA	Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br
Endereço: Rua Padre Camargo, 280	CEP: 80.060-240							
Bairro: 2º andar								
UF: PR	Município: CURITIBA							
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br							

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 886.740

mental na 1ª regional de saúde do Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

1) Aos profissionais entrevistados para esta pesquisa entendemos que o risco é mínimo, ficando restrito a algum tipo de constrangimento moral, intelectual ou cultural. A equipe de pesquisadores, todos com formação em Psicologia, se colocam a disposição para o atendimento de qualquer demanda que possa ser resultado direto ou indireto da

participação nessa pesquisa;(2) Aos usuários entrevistados, igualmente percebemos que os procedimentos desta pesquisa oferecem riscos mínimos. Restringindo-se possível sensibilização emocional dos indivíduos, uma vez que se encontram em estado de fragilidade. Da mesma maneira, os pesquisadores se colocam disposição para o atendimento de qualquer demanda que possa ser resultado direto ou indireto da participação nessa pesquisa. A pesquisa será suspensa em qualquer das seguintes três situações:

a) Quando qualquer uma das partes envolvidas solicitar expressamente a interrupção dos procedimentos de pesquisa;

b) Quando forem identificados riscos ou desconfortos excessivos aos colaboradores que não sejam passíveis de manejo imediato;

c) Quando não houver anuência ou colaboração da parte dos sujeitos envolvidos, caracterizando-se assim opção pela não-colaboração. O manejo clínico de desconfortos imediatos será realizado imediatamente, no próprio contexto no qual estiverem inseridos; ou serão encaminhados aos CAPS disponíveis e acompanhados pela equipe de pesquisa; ou serão encaminhados para atendimento e escuta nas dependências do Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade (localizado no Departamento de Psicologia, da Universidade Federal do Paraná).

Benefícios:

(1) Os profissionais que se propuserem a ajudar serão beneficiados pela produção de conhecimento científico. Poderão, a partir deste, identificar as

dificuldades e potencialidades locais e desenvolver suas práticas. A pesquisa constituirá também uma oportunidade para refletir sobre a própria prática profissional, bem-vinda a qualquer prática em Saúde;

(2) Os benefícios (aos) dos usuários não serão diretos. Mas compreende-se que uma pesquisa sobre o serviço em que são assistidos poderá, a partir da reflexão sobre a prática, desenvolver a assistência e a humanização do serviço de saúde. Além disso, a abertura de um espaço para o usuário falar sobre a sua religiosidade pode facilitar no seu processo de enfrentamento da doença.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 806.740

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado nas cidades litorâneas que compõem a 1ª Regional de Saúde do Paraná. A forma da coleta de dados será dividida em três eixos:

Eixo 1 - Mapeamento da Rede

- Realização de entrevistas fechadas com profissionais da rede de atenção psicossocial do Paraná.

Eixo 2 - Mapeamento da atuação dos profissionais

- Entrevista não-estruturada com os profissionais da rede atenção psicossocial do Paraná.

Eixo 3 - Mapeamento dos dispositivos de atenção

- Aplicação de escala CRE com os usuários da rede de atenção psicossocial do Paraná.

A partir do contato com a coordenação dos serviços, todos os profissionais dos serviços serão convidados a participar dessa pesquisa, e apesar de a coleta de dados se dará de duas formas distintas (entrevista fechada e entrevista não-estruturada) essas acontecerão de forma consecutiva, num único encontro com os profissionais. Quanto aos usuários, serão selecionados de forma aleatória, desde que concordem com a participação na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados. Foi anexada a declaração final modelo CONEP, onde o Coparticipante declara ter lido e concordar com o Parecer deste CEP/SD. Apresentada justificativa sobre o prazo de envio da Declaração final Coparticipação.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Anexo 2 – Roteiro da Entrevista Semi Estruturada**MAPEAMENTO – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA**

Idade:

Sexo:

- 1) Qual sua formação? Há quanto tempo formou-se?
- 2) Qual serviço você trabalha?
- 3) Há quanto tempo está no serviço?
- 4) Qual cargo você ocupa?
- 5) Qual é a atenção ofertada pelo seu serviço?
- 6) Qual a clientela do serviço em que trabalha?
- 7) Como eles chegam ao serviço: por encaminhamento ou é porta-aberta?
- 8) Em caso de receber encaminhamentos, de onde eles vêm?
- 9) Você se comunica com outros serviços? Quais?
- 10) Você realiza encaminhamentos? Há referência e contra referência?
- 11) Há instituições, grupos de apoio ou pessoas (além da equipe) com as quais o serviço colabore ou receba colaboração?
- 12) Quais os procedimentos e encaminhamentos de seu serviço em casos de urgência e emergência?

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Atenção em Saúde Mental no Paraná: Serviços, Profissionais e Dispositivos de Atenção na Regional de Saúde do Litoral”, de responsabilidade do Prof Dr. Adriano Furtado Holanda e dos alunos Bruno Jardini Mäder, Cairu Vieira Corrêa e Camila Mühl do Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Paraná. O objetivo desta pesquisa é: realizar o mapeamento dos dispositivos de atenção, dos profissionais, dos serviços e da rede de atenção a saúde mental do Litoral do Paraná. Assim, gostaríamos de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas ou fitas de gravação, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista. As entrevistas terão a duração de cerca de 30 minutos onde você será questionado sobre o serviço de saúde em que atua e sobre a forma como desenvolve seu trabalho nesse serviço, todas as perguntas terão como foco a sua atuação profissional. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa implica riscos relacionados a aspectos íntimos ou morais. Se você sentir-se invadido ou ofendido por alguma pergunta está autorizado a interromper o processo. Se você sentir-se emocionalmente ou psicologicamente abalado durante o procedimento, ele deverá ser interrompido. Se você sentir-se emocionalmente ou psicologicamente abalado após o procedimento, está autorizado a entrar em contato com os pesquisadores para ajuda psicológica.

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Não haverá nenhum custo a você, relacionado aos procedimentos previstos no estudo. Você não será pago por sua participação neste estudo. Todos os dados coletados sobre você serão mantidos de forma confidencial, significando que seu nome nunca será citado. As informações oferecidas por você serão usadas em publicações científicas sobre o assunto pesquisado, sem que sua identidade seja revelada. A fita ou arquivo digital contendo a gravação de sua entrevista serão arquivados no Laboratório de Fenomenologia da UFPR e destruídos passados 5 anos.

Os resultados podem ser publicados posteriormente na comunidade científica. Esta pesquisa obedece às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode nos contatar através do telefone 041 9162-1153 (Bruno) 9255-4702 (Cairu) ou 9937 0056 (Camila), pelos e-mails, respectivamente, bjmader@hotmail.com; cairupsico@hotmail.com; e came.muhl@gmail.com ou ainda no seguinte endereço: Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná - Praça Santos Andrade, 50, sala 215, Ala Alfredo Buffren CEP: 80020.300 – Curitiba / PR – Brasil.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e uma com o participante da pesquisa.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa e/ou responsável legal)

Curitiba, ____ de _____ de _____

Assinatura do Pesquisador

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

